Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 1½ Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 8. — Für Abonnement an Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. — Für Inserate u. Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. G. Merkel, Nürnberg. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. Ranke, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 21. 21. Mai. 1889.

Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8.
Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21.

36. Jahrgang.

Originalien.

Ueber Pericarditis im Kindesalter.

Von Hofrath Dr. *Cnopf*.

(Vortrag, gehalten im Aerztl. Localverein Nürnberg am 21. März 1889.)

Die Statistik ergiebt, dass die Pericarditis im Kindesalter eine nicht häufige Erkrankungsform sei. Die Erfahrungen, die hierüber seit zwei Jahren im hiesigen Kinderspital gemacht wurden, lehren jedoch, dass dieselbe häufiger vorkommen könne, als man anzunehmen pflegt.

Unter 459 Kranken kam dieselbe 10 mal und bei 130 Sectionen 7 mal vor. Es berechnet sich demnach das Procentverhältniss auf 2, 17 sämmtlicher behandelten und 5, 38 sämmtlicher Sectionen.

Bemerkenswerth war ferner das Alter der Erkrankten. Von denselben stand je eines im Alter von

				½	Jahr,
»	»	»	»	7	Monat,
»	»	»	»	¾	Jahr,
»	»	»	»	1	»
»	»	»	»	1½	»
»	»	»	»	1¾	»
zwei	»	»	»	6	»
» eines	»	»	»	9	»
»	»	»	»	10½	»

Es contrastirt diese Beobachtung mit denen Bednar's, der sie im ersten Lebensmonat ungleich häufiger, als im späteren beobachtete, harmonirt jedoch mit den Beobachtungsresultaten Steffen's. Von seinen 35 Fällen gehörten dem zartesten Alter 1,42 Proc., dem Alter von 0—5 Jahren 48,57 Proc., dem Alter von 6—13 Jahren 51,42 Proc. an.

Mit die häufigste Veranlassung zur Entstehung der Pericarditis geben exanthematische Processe, der Scharlach und die Blattern, nach Bednar's Beobachtung selbst die Impfung. Im Säuglingsalter sind es vor Allem septisch-pyämische Processe, sei es vom mütterlichen Körper oder vom Nabel aus, die die Herzbeutelentzündung hervorrufen können. Unter den chronischen Processen spielt die Tuberculose eine Hauptrolle. Sehr häufig wird jedoch die Pericarditis durch Entzündungsvorgänge benachbarter Organe, der Pleura, der Lungen, der Rippen, des Brustbeines, der Wirbel, der Bronchial- und Mediastinal-Drüsen, der Thymus und des Oesophagus eingeleitet, aber auch Entzündungsvorgänge in der Unterleibshöhle, im Peritonaeum, Leber und Milz können sich auf das Pericardium fortpflanzen. Nicht selten verdankt die Pericarditis ihre Entstehung dem Vorhandensein einer Nephritis parenchymatosa. Die seltenste Form ist die idiopathische, diffuse Pericarditis, deren Aetiologie zuweilen vollständig dunkel, zuweilen auf traumatische Einflüsse zurückzuführen ist. Da die Polyarthritis nach den Beobachtungen von Rauchfuss und Widerhofer eine höchst seltene Erkrankungsform bei kleinen Kindern ist, so kommt sie in ätiologischer Beziehung weniger in Betracht.

Die im Kinderspital beobachteten Herzbeutel-Entzündungen waren complicirt

1 mal mit Tuberculose, Pneumonie und Pleuritis rechterseits.
1 mal mit käsiger Bronchialdrüsen-Entzündung und Pleuritis rechterseits.
1 mal mit Pneumonie und Pleuritis rechterseits.
1 mal mit Pneumonie und doppelseitiger Pleuritis.
1 mal mit doppelseitiger katarrhalischer Pneumonie und linksseitiger Pleuritis.
1 mal mit katarrhalischer Pneumonie.
1 mal bedingt durch Chorea, 2 mal bedingt durch Scarlatina.
1 mal war die Aetiologie vollkommen dunkel.

Es ist demnach unzweifelhaft, dass Entzündungsvorgänge der Pleura und der Lungen am häufigsten, je 5 mal die Tuberculose, 2 mal die Entzündung des Pericards begleiteten, oder vielleicht besser gesagt, dasselbe in Mitleidenschaft zogen. Die Erfahrungen, die man bei phlegmonösen Entzündungen und ihrer rapiden Verbreitung macht, lehren uns zur Genüge, dass die Gewebe des kindlichen Körpers nicht zur Localisation, sondern zur Weiterverbreitung infectioneller Vorgänge disponirt seien, so dass es uns nicht befremden darf, wenn Entzündungsvorgänge der Athmungswerkzeuge bei Kindern auch das Pericard öfter, als es bei Erwachsenen der Fall ist, in Mitleidenschaft zieht.

Der Gang der Infection lässt sich zuweilen verfolgen, wie dies aus folgendem Falle ersichtlich zu sein scheint.

Ein 1½ Jahre altes, in der letzten Zeit in der Krippe verpflegtes Kind, dessen Mutter an Tuberculose gestorben war, erkrankte im November 1888 an den Symptomen einer katarrhalischen Pneumonie, die am 12. November dessen Ueberbringen in das Kinderspital nothwendig machte. Die entzündlichen Vorgänge hatten ihren vorwaltenden Sitz im linken Oberlappen und waren von lebhaftem Fieber, das zwischen 37,4 und 40,8 schwankte, begleitet. Am 9. Tage sprang die Entzündung auf den rechten Unterlappen über, war am 15. Tag von den Symptomen einer secundären Pleuritis begleitet und blieb an dieser Stelle mit besonderer Hartnäckigkeit festsitzen bis zu dem am 35. Tag erfolgenden lethalen Ausgang. Ein chronischer Darmkatarrh begleitete diese Symptomenreihe.

Die Section ergab neben allgemeiner Tabescenz ein einziges chronisches tuberculöses Geschwür im Jejunum, von dem sich aus, perlschnurartig an einander gereiht, käsig infiltrirte Mesenterialdrüsen gegen die Wurzel des Mesenterium hinzogen, wo sie, sich dichter an einander drängend einen bis haselnussgrossen Knollen bildeten. Die Bronchialdrüsen waren geschwellt, grösstentheils von grauen Tuberkeln durchsetzt, nur an einzelnen Stellen fanden sich kleine gelbe Knötchen. Neben eiterigem Katarrh der Larynx-, Tracheal- und Bronchialschleimhaut fand sich miliare Tuberculose des rechten Ober- und linken Unterlappen, ausserdem braune Induration der rechten Unterlappen und eiterig fibrinöse Entzündung des rechten Pleurasackes. Da-

bei war das epicardiale Zellgewebe eiterig infiltrirt, die Innenfläche des Pericard's geröthet, gelockert, der Inhalt desselben getrübt.

Wird der Käseherd, wie gewöhnlich, als Ausgangspunkt der Infection angenommen, so ist man mit Nothwendigkeit auf den Darm und den mit ihm in Verbindung stehenden Lymphdrüsenbezirk des Mesenteriums verwiesen. In zweiter Reihe wären die Bronchialdrüsen erkrankt, die ihrerseits wieder zur Miliartuberculose der Lungen, zur eiterig fibrinösen Pleuritis, zur Epi- und Pericarditis führten Dieser Reihenfolge entspricht auch das klinische Bild.

Die Diagnose einer Pericarditis wird nur dann für begründet erachtet, wenn der Spitzenstoss schwächer wird, sich mehr und mehr nach Links verschiebt und endlich ganz verschwindet, wenn die Herzfigur sich vergrössert und schliesslich ein stumpfes Dreieck bildet, dessen Basis nach abwärts gekehrt ist, wenn endlich ein hör- und fühlbares Reibegeräusch wahrzunehmen ist.

Diese Cardinalsymptome der Pericarditis liessen sich trotz eifrigen Bemühens bei kleinen Kindern nicht wahrnehmen, was den anatomischen Befunden nach erklärlich war. Die Menge des Exsudates war keine grosse und konnte demnach auf die Grösse der Herzfigur, die Lagerung des Herzens und die Situation der benachbarten Organe wenig Einfluss ausüben, die Qualität des Exsudates war eine gleichmässig dickflüssige, enthielt keine Fibrinbeimengungen und konnte desshalb zu Reibungsgeräuschen keine Veranlassung geben.

Zu gleichem Resultat ist auch Bednar gekommen, der trotz der grössten Aufmerksamkeit nie ein Reibungsgeräusch wahrnehmen konnte und die Ueberzeugung ausspricht, dass sich aus den physikalischen Erscheinungen überhaupt eine sichere Diagnose der Pericarditis nicht stellen liesse.

Bei grösseren Kindern dagegen, deren Brustorgane intacter Natur zu sein pflegen, treten die oben berührten Cardinalsymptome klarer zu Tage, jedoch erfordert es grosse Aufmerksamkeit und eines genauen Verfolgens der Veränderungen der physikalischen Symptome, um ihre Entstehung nicht zu übersehen. Die Complication aber mit Pericarditis ist für die Symptomenreihe, wie für die Therapie von grösster Wichtigkeit, wofür folgender Fall einen Beleg abgeben mag.

Am 22. December 1888 wurde dem Kinderspital ein sehr schwächliches, schlecht genährtes Mädchen übergeben, das schon seit Wochen an chronischem Bronchialkatarrh gelitten hatte. Bei seinem Eintritt bot es das exquisite Bild einer katarrhalischen Pneumonie dar. Es hatte lebhaftes Fieber, ein Infiltrat im linken Oberlappen mit der Tendenz, sich zu verbreiten; einen über die Schleimhaut der übrigen Bronchien verbreiteten heftigen Katarrh, einen qualvollen Husten mit Expectoration von grossen Mengen eiterigen Schleimes. Der Umstand, dass sich in denselben neben Eiterkörperchen auch elastische Fasern vorfanden, erregte den Verdacht auf das Vorhandensein von Tuberculose. Expectorantien, Theerinhalationen und eine kräftige Diät übten günstigen Einfluss aus, der bereits am 12. Tag des Spitalaufenthaltes unverkennbar war. Die Besserung machte einen ungestörten Fortschritt bis zum 23. Tag. Ohne alle äussere Veranlassung änderte sich das Bild zum Schlimmeren. Das Kind begann zu erbrechen, wurde bleich, cyanotisch und ödematös im Gesicht. Als Ursache dieser Erscheinungsgruppe ergab sich das Hinzutreten einer Pericarditis, deren Existenz sich durch eine merkliche Vergrösserung der Herzfigur, durch das Schwächerwerden des Herzimpulses, Verlangsamung und Unregelmässigkeit der Herzcontractionen, die von schabenden Geräuschen begleitet waren, aussprach.

Durch die Anwendung von Digitalis und örtlich Eis gelang es, der Entzündung Herr zu werden, so dass bereits am 5. Tag die genannten Erscheinungen wesentlich gemindert waren. Mit dem vollständigen Verschwinden derselben trat auch in die Symptomenreihe der katarrhalischen Entzündung ein wesentlicher Umschwung ein, so dass 20 Tage nachher das Kind vollständig munter und um 3 Pfund schwerer aus der Anstalt entlassen werden konnte.

In den letzten 2 Jahren wurden im Spital 44 scharlachkranke Kinder behandelt, von denen zwei an der Complication mit Pericarditis litten. Bei dem einen erfolgte dieselbe im Blüthestadium, bei dem anderen im III. Grad des Scharlachs. Die Symptomenreihe wurde durch sie wesentlich alterirt und gestaltete sich mit dem Schwinden derselben zu einem ruhigen Krankheitsbild. Beide Fälle gingen in Genesung über. Sie im Detail zu schildern, würde einer Wiederholung obiger Krankengeschichte gleichkommen und desshalb überflüssig sein.

Besonders bedeutungsvoll für das Kindesalter ist die Verwachsung der Pericardialblätter, indem durch sie lähmend auf die Herzmuskulatur gewirkt wird und unter Umständen weitverbreitete Hydropsien durch Stauung hervorgerufen werden.

Folgende Fälle mögen als Beleg für diese Anschauung gelten.

Am 1. Juli des Jahres 1888 wurde dem Kinderspital ein $10^1/_2$ Jahre altes Mädchen, das früher an Chorea gelitten haben soll, zur Behandlung übergeben. Es litt an hochgradiger Athemnoth, Cyanose und Schmerzen in der Herzgegend. Die Herzgegend war stark vorgewölbt und eine sehr grosse Herzfigur nachweisbar, die links bis an die vordere Axillarlinie, nach Oben bis an den unteren Rand der zweiten Rippe, nach Rechts über das Sternum hinaus bis an die rechte Parasternallinie reichte. Bei der Palpation liess sich an der Anschlagsstelle der Herzspitze ein Reibungsgeräusch, aber auch ein verstärkter, verbreiteter, im fünften Intercostalraum befindlicher, etwas über die Mammillarlinie hinausgehender Herzimpuls nachweisen. Die auscultatorischen Erscheinungen waren unklar. Man hörte theils ein systolisches Sausen, theils ein schabendes, stark ausgeprägtes, die Systole überragendes, oder die Systole und Diastole begleitendes, bald deutlicher an der Herzspitze, bald mehr an dem Abgang der grossen Gefässe stärker hörbares Geräusch. Unter solchen Umständen, wobei besonders auf den starken Herzimpuls bei der grossen Herzfigur und dem fühlbar schabenden Geräusch ein Hauptgewicht gelegt wurde, sprach die grösste Wahrscheinlichkeit für das Vorhandensein einer frischen Pericarditis, die mit einem von früher her datirenden Klappenfehler complicirt war. Für erstere sprach vor Allem der Schmerz und das Vorhandensein und die Fortdauer des Fiebers. Dementsprechend wurde local Eis angewendet und innerlich Digitalis gegeben. Der Erfolg entsprach den Erwartungen. Bereits 6 Tage nachher war der Schmerz auf der Brust geschwunden, die Dyspnoe gemindert, die Herzfigur verkleinert, so dass dieselbe nur mehr bis an den rechten Sternalrand, nach aufwärts bis an den oberen Rand der III. Rippe reichte, nach links die Mammillarlinie etwas überragte. Allmählich schwand das noch an einzelnen Stellen hörbar schabende Geräusch vollständig, dafür trat aber ein systolisches Sausen, das sich auch nach der Diastole hin ausdehnte und über dem linken Ventrikel am deutlichsten hörbar war, zu Tage. Dabei war der zweite Pulmonalton accentuirt. Es konnte somit kein Zweifel über die Richtigkeit der ursprünglich gestellten Diagnose mehr sein und eine Complication mit Insufficienz der Bicuspidalis musste als sicher vorhanden angenommen werden.

Da der letzte Grund für die Entstehung der Pericarditis in den Compensationsbestrebungen des Myocardiums gesucht werden musste, so war nach Beendigung der Pericarditis nächste Aufgabe der Therapie, stärkend auf den Herzmuskel einzuwirken, zu welchem Zweck neben Ruhe im Bett eine kräftige Diät verabfolgt und innerlich Eisen gegeben wurde. Das Kind vertrug Alles gut, erholte sich sichtlich, zeigte keinerlei Stauungserscheinungen und subjectiv keinerlei Empfindung von dem vorhandenen Herzfehler, obgleich objectiv der Fortbestand der Oben geschilderten physikalischen Symptome zu constatiren war. 17 Tage nachher, also am 26. des Spitalaufenthaltes liess sich bei verkleinerter, aber mehr nach links verschobener Herzfigur ein systolisches Einziehen sowohl im Scrobiculum cordis, wie auch im IV., V. und VI. Intercostalraum nachweisen, was auf

eine Verwachsung des parietalen Blattes des Pericards mit der Brustwand, wie auch mit dem visceralen Blatt hinzudeuten schien. Die hörbaren Geräusche behielten den gleichen Charakter, aber subjectiv wurde auch diese Veränderung in keiner Weise markirt. Oedeme waren nirgends vorhanden und der Urin war und blieb eiweissfrei, das Allgemeinbefinden hob sich, so dass schliesslich das Kind dringend wünschte, das Bett zu verlassen, welchem Wunsche nach 48 tägiger unausgesetzter Bettruhe entsprochen wurde.

Die ersten Versuche fielen ganz günstig aus, aber lange sollte die Freude nicht dauern. Nach Verfluss einer Woche wurde das Kind sehr müd und verlangte selbst zu Bett. Die Haut hatte eine Temperatur von 36,6, der Puls machte 120 Schläge in der Minute und war sehr klein, die physikalische Untersuchung des Herzens ergab gegen früher keinerlei Veränderung. Am Abend des folgenden Tages wurden Wangen und Lider ödematös, die Lippen cyanotisch, der Puls sank, wurde immer kleiner, fadenförmig und unregelmässig, dazu kam Oedem der Lungen und der Unterextremitäten. Unter fortwährendem Sinken der Hauttemperatur bis auf 33—33,4, Schwinden des Pulses, Schwinden der Herzgeräusche, Auftreten von geringen Mengen Eiweiss im Urin erfolgte unter den Symptomen grosser Unruhe am 4. Tag der Tod.

Die Hauptresultate der wenig Stunden nach Eintritt des Todes vorgenommenen Section waren neben Hydrops ascites und anasarca eine starke schwielige Verdickung des freien Randes, wie der Sehnenfäden der Bicuspidalis, Verdickung des freien Randes und der Noduli der Semilunarklappen der Aorta, excentrische Hypertrophie des linken Ventrikels, Dilatation der rechten Herzhälfte, gleichmässige, innige Verwachsung beider Pericardialblätter, die nur an wenig Stellen das Eindringen der Sonde gestattete.

Es decken sich demnach das klinische und anatomische Bild der Beobachtung nahezu und die Symptome der letzten Tage müssen als die einer Herzschwäche aufgefasst werden, deren letzter Grund in der totalen Verwachsung des Herzbeutels und der dadurch bedingten Bewegungshemmung des Herzmuskels gesucht werden muss.

Nach dieser Erfahrung wird folgender Fall in klarerem Lichte erscheinen.

Am 16. November vorigen Jahres wurde ich zu dem 1 Jahr 8 Monate alten Kind M . . . . zur Consultation, die jedoch durch die Ungeschicklichkeit der Eltern nicht stattfand, gerufen. Die Zeit des vergeblichen Wartens benützte ich dazu, mich in Betreff der Krankengeschichte und der sonstigen körperlichen Verhältnisse des Kindes etwas zu orientiren.

Die Eltern desselben waren kräftige, gut genährte, in mittleren Jahren stehende Leute, die früher eine gut besuchte Wirthschaft betrieben und sich nun in's Privatleben zurückgezogen hatten. Ausser dem mir vorgestellten kranken Kinde besassen sie keines. In den ersten Monaten hatte die Mutter das Kind selbst gestillt, dann künstliche Nahrung gegeben, die es gut vertragen hat.

Ohne dass irgend eine prägnante Krankheit vorausgegangen wäre, begann seit Monaten das Kind zu kränkeln an Erscheinungen, die der Schilderung nach vorwaltend Verdauungsstörungen waren, die die Eltern veranlasst hatten, bereits verschiedene Aerzte zu Rathe zu ziehen, mit der kleinen Kranken auf das Land zu gehen, und reichlich Bier, Wein und gute Kost anzuwenden. Der Erfolg entsprach den Erwartungen nicht. Der Ernährungszustand hob sich nicht, das Kind blieb bleich und zeigte Schwellungen der Haut, die sich zuerst am Leib, dann auch an den Füssen gezeigt haben sollen.

Der Anblick des Kindes war ein geradezu erschreckender, wie man es in diesem Alter nicht leicht mehr zu sehen haben wird.

Das Kind war auffallend bleich, athmete kurz und stöhnend, konnte nur für kurze Zeit in sitzender Stellung im Bett sich aufhalten, am liebsten sass es auf dem Arm der Mutter oder des Vaters in nach Vorn übergebeugter Lage. In dieser Situation fühlte es sich noch am Behaglichsten, die es denn auch Tag und Nacht einzunehmen verlangte.

Die Haut des Gesichtes war mässig geschwollen, sehr stark dagegen war das Oedem der Füsse, am stärksten war der Hydrops ascites, der Leib war trommelartig aufgetrieben und hatte den colossalen Umfang von 72 cm.

Das Stöhnen und die grosse Unruhe des Kindes gestatteten eine gründliche Untersuchung der Athmungsorgane nicht und die enorme Ausdehnung der Bauchdecken machten eine Palpation der Unterleibsorgane, vor Allem der Leber unmöglich.

Nach Alledem war eine Diagnose, die irgendwie hätte begründet werden können, nicht zu stellen. Nach den allerdings höchst zweifelhaften Beobachtungen der Eltern, dass die Schwellung im Unterleib begonnen habe, konnte man den Ausgangspunkt der Hydropsien in der Leber suchen und dabei an das seltene Vorkommen der Cirrhose denken, wofür nebenbei der Stand der Eltern und das zugestandenermassen häufige Verabreichen von Bier und Wein zu sprechen schien.

Die von mir in Vorschlag gebrachte Punction des Abdomens, die in diagnostischer Beziehung Aufklärung und dem Kind Erleichterung hätte bringen können, wurde von den Eltern perhorrescirt und ich mit ihr.

Die am 8. December vorgenommene Section brachte zugleich Enttäuschung und Ueberraschung. Die vermuthete Cirrhose der Leber war nicht vorhanden. Die Leber zeigte zwar die exquisitesten Erscheinungen der Stauung, aber von Cirrhose war weder makroskopisch noch mikroskopisch der Nachweis möglich. Ueberraschend war dagegen der Befund des Herzens.

Beide Pericardialblätter waren innig mit einander verwachsen, so dass eine Lösung derselben ohne Zerreissung nicht möglich war. Die Verwachsung war eine gleichmässig innige, so dass von schwieligen Verdickungen oder anderweitigen Exsudatresten Nichts wahrzunehmen war. Der linke Ventrikel war stark hypertrophisch, die rechte Herzhälfte dilatirt, das Endocardium allseitig dünn, zart, durchsichtig, glatt und glänzend, die Klappen sämmtlicher Ostien dünn und zart.

Da weder in den Lungen, noch in den sonstigen Organen des Unterleibs — Milz, Peritoneum und Nieren — eine makroskopische Veränderung nachweisbar war, so musste die Ursache der Hydropsien in der Verwachsung der Perikardialblätter und der dadurch bedingten Functionsstörung des Myocards gesucht werden.

Von den Oben besprochenen krankhaften, das Pericard in Mitleidenschaft ziehenden Vorgängen fand sich bei der Section keiner vorhanden und ebenso wenig war anamnestisch eine Erkrankung an Blattern, Scharlach u. s. w. nachweisbar, so dass die Pericarditis als eine idiopathische, ihrer Verbreitung nach diffuse, in ätiologischer Beziehung vollständig dunkle bezeichnet werden muss.

Der hochgradige und weitverbreitete Hydrops mit tödtlichem Ausgang des zweiten Falles, sowie die tödtliche Herzschwäche des ersten Falles weisen uns auf die hohe prognostische Bedeutung der Verwachsung des Herzbeutels hin, die insoferne etwas befremdendes hat, als gerade bei Kindern die rechte Herzhälfte als besonders leistungsfähig sich zu erweisen pflegt.

Tuberculöser Abscess des Ringknorpels.

Von Dr. *L. Grünwald* in München.

Wenn auch die tuberculöse und anderweitige Perichondritis der Kehlkopfknorpel schon eine sehr ausreichende Casuistik aufzuweisen hat und Fälle derselben nicht allzu selten sind, so ist doch derjenige, den ich zu beschreiben unternehme, einigermaassen interessant durch den Verlauf der Krankheit, bevor es zur ausgesprochenen Knorpel- und Knorpelhautentzündung kam und dann die Art des Durchbruches des Abscesses. Die Krankengeschichte ist folgende:

K. F., 39 Jahre alt, Maurersfrau. Dieselbe steht seit Juli 1888 in Behandlung des Hrn. Dr. A. Weiss-Haidhausen (mit welchem gemeinsam ich die Patientin dann auch weiterhin beobachtet habe), wegen geringgradiger Lungenphthise.

Am 4. September 1888 stellte sich mir Patientin mit lebhaften Athembeschwerden und lautem trachealem Stridor vor. Die Untersuchung der Lungen ergiebt: P.-S. über der linken Spitze ziemlich stark gedämpft, etwas weniger über der rechten Spitze. Ferner R.V. von der 4. Rippe abwärts eine gegen die Axillarlinie aufsteigende absolute Dämpfung. In der Höhe der zweiten Rippe auf dem Sternum eine doppelt 5 Markstückgrosse, in der Mitte unterbrochene sehr leichte Dämpfung. Die Auscultation ergiebt V.R.U. sehr abgeschwächtes Athmen, sonst überall, auch über den Spitzen, zahlreiche und verschiedenartige Rhonchi. Herzfigur etwas überlagert, Töne rein. Im Kehlkopfe keine entzündliche Veränderung, ebenso wenig in der Trachea sichtbar. Die Abduction des rechten Stimmbandes ist stark behindert. Eine Ursache der Dyspnoe ist nicht zu sehen, da auch eine vorhandene Struma viel zu klein war, um dafür gelten zu können. Nichtsdestoweniger wurde einige Wochen lang Jodkali verabreicht, doch ohne wesentlichen Nutzen.

Am 4. October sah ich die Kranke wieder. Die Athemnoth war unterdessen noch bedeutend gestiegen. Lungenbefund kaum verändert. Der sehr zähe und spärliche schleimige Auswurf wird mit grosser Mühe unter kraftlosem Husten expectorirt. Die laryngologische Untersuchung ergiebt: Das rechte Stimmband bewegt sich nur wenig nach innen, fast gar nicht mehr nach aussen, so dass die Cadaverstellung fast vollkommen ist.

Es wurde angenommen, dass die jetzt beinahe ganz ausgebildete Recurrenslähmung zurückzuführen sei auf eine Compression des Nerven durch tuberculös infiltrirte peritracheale Lymphdrüsen, welche zugleich durch Druck auf die Trachea die Athemnoth bedingten. Eine andere Ursache war nicht zu finden. Die Struma, ohnedies sehr selten Ursache rechtsseitiger Lähmungen, war zu unbedeutend, eine Dämpfung, wie sie einer substernalen Schilddrüse entspricht, nicht vorhanden, keine erhebliche Lungenspitzenretraction, kein Symptom von Aneurysma, Pericardialerguss oder sonstigem abnormen Mediastinalinhalt. Es blieb daher nur obige Annahme übrig. Die schon oben erwähnte Dämpfung über dem Sternum war zu gering, als dass sie nicht auch hätte durch die Krümmungs- und Dickenverhältnisse des Brustbeines, welches einen ausgeprägten Angulus Ludovici zeigte, erklärt werden können und wurde daher bei der Diagnose nicht in Betracht gezogen. Eine vorübergehende Compression durch Drüsen wird auch am wahrscheinlichsten durch den nachfolgenden Verlauf. Die Kranke berichtet nemlich über die folgende Zeit:

Die Athemnoth mit Krampfhusten dauert gleichmässig an bis gegen Ende December, worauf plötzlich die Athmung auf mehrere Tage ganz frei wird, um sodann allmählich und langsam wieder immer mehr behindert zu werden. Zuletzt ist die Dyspnoë so beträchtlich geworden, dass die Patientin nur aufrecht sitzend athmen kann und sich öfters mit dem hinter die Epiglottis eingeführten Zeigefinger dieselbe vorzieht, um nur athmen zu können. So sah ich sie wieder am 8. Januar 1889. Bei der Untersuchung zeigen sich jetzt beide Stimmbänder gleichmässig und sehr gut beweglich. Dagegen ist die Subglottis fast vollkommen obstruirt durch zwei parallel den Stimmbändern unterhalb derselben vorspringende rothe Wülste, zwischen denen höchstens noch zwei Millimeter Zwischenraum besteht und eine dritte Vorwölbung der Schleimhaut unter dem Vereinigungswinkel der Stimmbänder. Keine Ulcerationen. Geringer Druckschmerz am rechten Ringknorpelbogen hinten. Es wurde tuberculöse Perichondritis des Ringknorpels, vielleicht auch des Schildknorpels diagnosticirt. Die Lungen zeigten unterdessen einen sehr günstigen Befund, da die Dämpfung auf der rechten Spitze fast ganz verschwunden, links nur noch in geringem Grade vorhanden war. Auch war nur L.H.O. bronchiales Exspirium und verschärftes Inspirium, ausserdem in den hinteren unteren Partieen der rechten Lunge leichtes trockenes Rasseln zu constatiren, sonst überall normale Athmung, so dass ich am folgenden Tage die Tracheotomie unter scheinbar sehr günstigen Auspicien vornahm. Es wurde wegen der bestehenden Struma die Tracheotomia superior gemacht. Ueber die folgenden Tage berichtet mein Journal:

12. I. Die Cyanose des Gesichtes hat gesunder Röthe Platz gemacht. Leichter Stridor und geringe Secretion von zähem Eiterschleim bestehen fort. Larynxstenose viel geringer.

14. I. Tracheoskopie von der Wunde aus (um die Ursache der noch bestehenden leichten Dyspnoë zu eruiren) fällt negativ aus, da der rechte Bronchus frei erblickt werden kann. Somit ist das zähe Secret als Ursache zu beschuldigen.

16. I. Secretion flüssiger, spärlich, keine Athembeschwerden, kein Stridor.

24. I. Seit 2 Tagen bestehen wieder Athembeschwerden und ist zugleich die Einführung der inneren Canüle erschwert. Subjectives Gefühl eines Fremdkörpers an der Röhre. Bei der Einführung der äusseren Canüle muss unter Blutung ein leichter Widerstand in der Gegend der Trachealwunde überwunden werden. Die innere ist sehr schwer hineinzuschieben, leichter, wenn man die ganze Canüle nach vorn zieht. Offenbar ist die Geschwulst nach unten gewachsen und ragt in das Canülenfenster hinein. Dabei ist die Stimme, das erstemal, seit ich die Kranke kenne, vollkommen laut und klar, kein Stridor, auch bei Kehlkopfathmung, zu hören. Laryngoskopisch: Der Tumor im vorderen Glottiswinkel bedeutend vergrössert, weisslich schimmernd, liegt deutlich unter dem Niveau der beiden sehr erheblich verschmälerten subchordalen Leisten, von denen besonders die linke kaum noch sichtbar ist. (Vgl. Fig. I.)

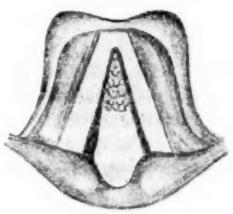

Fig. I.

Am 23. I. trug ich vermittels eines von der Trachealwunde aus nach oben geführten, in geeigneter Weise gebogenen Schlingenschnürers einen 9 mm langen und 6 mm breiten blassrothen und schlaffen Tumor ab. (Mikroskopisch bot derselbe das Bild einer sehr dichten, von wenigem zarten Bindegewebe gestützten Anhäufung von Rundzellen geringer Grösse, die stellenweise zu central verdichteten Haufen angeordnet sind. Die Kerne der in der Mitte dieser Haufen gelegenen Zellen sind schlechter gefärbt, also etwas degenerirt. Die Anhäufungen dürften, obwohl keine Riesenzellen mit Sicherkeit zu erkennen sind, beginnender Tuberkelbildung entsprechen.) Unmittelbar nach der Abtragung entleerte sich aus Trachea und Kehlkopf eine grosse Menge leimig aussehenden dünnen Eiters. Es war durch Entfernung der Granulation der schon bestehende Knorpelabscess im Inneren des Kehlkopfes eröffnet worden. Nach der Lage der Wucherung musste der Abscess dem Ringknorpel angehören. Dies wurde auch noch sicherer dadurch, dass man dicht über dem oberen Wundrande der Tracheotomiewunde in der ungefähren Gegend des Ringknorpels eine derbe ungleichmässige Anschwellung fühlen konnte, durch deren Compression es jedesmal gelang, neuen Eiterauswurf aus der Trachealfistel und dem Munde hervorzurufen. Im Laufe des nächsten Tages wichen denn auch die Athembeschwerden ganz und die Einführung der Canülen unterlag keinem Hinderniss mehr. Dagegen begann jetzt eine profuse Eitersecretion, und zwar wurde am nächsten Tage, also zwei Tage nach der Entfernung des Tumors klar, dass dieselbe jetzt zum grössten Theile aus der oberen Wand des Wundcanales, kurz vor dessen Einmündung in die Trachea stamme, da man deutlich von dieser Gegend her den Eiter vorquellen sah. Der perichondritische Abscess war, kurz nach seiner Eröffnung in den Kehlkopf, auch in die Tracheotomiewunde durchgebrochen.

Diesem doppelten Abflusse entsprechend verschwand denn auch die Anschwellung über dem Ringknorpel bis zum 4. Februar vollständig und bot auch um diese Zeit der Kehlkopf von oben gesehen, ein ganz normales Bild dar, ohne jegliche subchordale Schwellung. Unterdessen war auch die Lungenaffection bei der auch durch die ganz excessive Eiterung schnell erschöpften Kranken in raschester Weise vorwärts geschritten, so dass am 12. Februar der Tod eintrat.

Die Section, leider konnte nur diejenige der Halsorgane

vorgenommen werden, bestätigte die während des Lebens aufgestellten Annahmen. Die gesammten inneren und äusseren Larynxpartien waren intact bis auf die unmittelbare Umgebung der Trachealwunde und des Ringknorpels. Die Wunde selbst war zum früheren Umfange und vielleicht noch weiter auseinandergewichen unter der Einwirkung des fötiden Abscesseiters. In ihrer oberen Wand an der Stelle des Ueberganges von den vorderen Halsmuskeln auf den Ringknorpel findet sich eine unregelmässige mit Eiter und einem Knorpelsequester ausgefüllte Oeffnung (Fig. II, c), die einer Sonde nach oben in das Kehlkopfinnere den Durchgang gestattet. Der Fistel entsprechend findet sich an der Innenfläche des subglottischen Raumes auf der rechten Seite, über dem Ringknorpelbogen (r) eine tiefe Ulceration (a), welche in der Mitte die Sonde durchtreten lässt, nach oben blind in eine buchtige Höhle, deren Grund rauher Knorpel ist, mündet, vom Umfange etwa einer kleinen Bohne. Sämmtliche Ulcerationsflächen sind mit nekrotischen Fetzen bedeckt. Die Ringknorpelplatte bietet dem tastenden Finger normalen Widerstand, die Arytänoidknorpel sind gut beweglich, der Schildknorpel zeigt keinen Defect oder Arrosion, speciell nicht am unteren Rande. Die Trachea ist nirgends verengt oder ulcerirt, die Schilddrüse ist in beiden Lappen hypertrophisch und fibrös entartet.

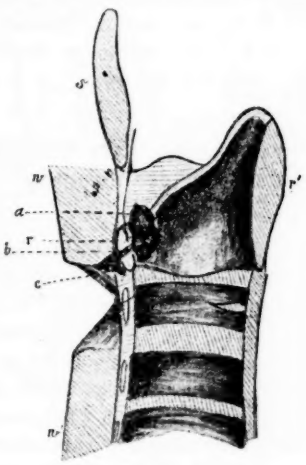

Fig. II.

Epicrise. Die Ergebnisse der Section erklären vollkommen alle Befunde während des Lebens und bestätigen die aus denselben gezogenen Folgerungen. Die im Anfange der Beobachtung vorhanden gewesene Medianstellung des rechten Stimmbandes allein könnte noch anders erklärt werden, als durch eine vorübergehende beginnende Recurrenslähmung.

Es könnte nämlich die beginnende Perichondritis des Ringknorpels schon frühzeitig an der Platte desselben eine Infiltration des m. crico-arytaenoideus posticus der betreffenden, hier also der rechten Seite, herbeigeführt haben, wodurch eine Parese oder Paralyse desselben zu Stande gekommen wäre. Bei der Section aber hat sich keine Spur mehr von einer derartigen Affection gefunden und so muss, bei dem Mangel einer Brustsection, die Frage, ob die Erweiterungsunfähigkeit einer Parese des Muskels oder des Nerven zuzuschreiben gewesen ist, offen gelassen werden. Im Uebrigen entsprach die nachherige subchordale Schwellung einer Ringknorpelerkrankung, ferner das Auftreten der Wucherung mit deren Entfernung nachfolgendem Eiterergusss einem Abscess und die vollkommene Intactheit aller Functionen der Stimmbänder während der Entstehung und Entleerung des Abscesses einer Lage desselben am Ringknorpelbogen. Die rechts stärker bestehende Schwellung unter dem Stimmband hat ebenfalls mit der Lagerung der Erkrankung auf der rechten Seite correspondirt. Von Interesse bei diesem Falle ist so die Möglichkeit gewesen, schon bei Lebzeiten mit ziemlicher Sicherheit alle Veränderungen in Bezug auf Lage und Ausdehnung des Processes feststellen zu können, was bei Perichondritiden des Kehlkopfes nicht immer möglich ist, wenn auch leichter bei Affectionen des Ringknorpels, als bei solchen des Schildknorpels.

Zwei Momente haben dies besonders ermöglicht: Die Granulationsgeschwulst an der inneren Abscessöffnung und der Durchbruch desselben nach vorne in den Wundcanal. Beide Erscheinungen sind überdies nicht sehr häufig und können noch besondere Bedeutung gewinnen. Die erstere besonders in diagnostischer Hinsicht. Schrötter[1]) meint zwar, dass die Neubildungen des Kehlkopfes sich dadurch von Entzündungsgeschwülsten unterscheiden, dass sie »allmählich, wenn es nicht gleich ursprünglich der Fall war, eine unregelmässige, oft deutlich höckerige Oberfläche« annehmen.

Ich kann demgegenüber aber nur auf die Abbildung der Geschwulst in Fig. I verweisen, die den unregelmässig höckerigen Bau der Oberfläche zeigt. Abgesehen von diesem Falle erinnere ich aber nur an die nicht zu seltenen Geschwülste, wie sie bei Tuberculose des Kehlkopfes am Rand von Geschwüren oder auch selbstständig auftreten und bei denen mir immer characteristisch erschien, dass sie bei grösserem Wachsthum eine unregelmässig höckerige Oberfläche erhielten. Ich möchte also die makroskopische Beschaffenheit eines derartigen Tumors nur in sehr beschränktem Masse als differentialdiagnostisch gelten lassen, (derselbe könnte etwa durch schnelles Wachthum oder raschen Zerfall oder lange Zeit constantes gleiches Ansehen grössere Dignität gewinnen) jedenfalls aber das Vorhandensein eines derartigen Tumors bei gleichzeitiger Existenz von Perichondritis-Symptomen als massgebend für die Durchbruchstelle des Abscesses ansehen. Im gleichen Falle wäre wieder von oben oder unten der Tumor zu entfernen und damit der Abscess zu eröffnen. Ich fand bei meinen Nachforschungen in der Literatur noch 3 solche Fälle von Perichondritis mit Wucherungen am Ausgang der Höhle.

Hjort[2]) schildert einen Fall von typhöser Perichondritis am Schildknorpel und linken Arytänoidknorpel, wobei erst nach Entfernug einiger Schleimhautprominenzen von der Tracheotomiewunde aus die letztere geschlossen werden konnte. Toussaint[3]) sah bei Typhus eine polypoide Vegetation, symptomatisch für eitrige Perichondritis des Ring- und Giessbeckenknorpels, am hinteren Drittel des linken Stimmbandes, also in der Gegend des cariösen Processus vocalis. Bei der Autopsie fand sich der linke Arytänoidknorpel vollkommen defect. Hierherzurechnen dürfte auch ein Typhusfall von Türck[4]) sein, wobei »ein im Wundcanal hin und her schwankender eitrig infiltrirter Schleimhautlappen« mit der Scheere abgetragen wurde.

Vollständig conform dem unseren erscheint allerdings nur der Toussaint'sche Fall. Es verdient auf diese Entzündungsgeschwülste hingewiesen zu werden, da dieselben bei Perichondritis bei Weitem nicht so häufig vorzukommen scheinen, als bei mehr oberflächlichen Geschwürsbildungen, was wohl daran liegen mag, dass bei den so sehr weitgreifenden und tiefen Destructionen bei Perichondritis denselben meist der Boden zum Wachsthum entzogen wird. Sie sind aber jedenfalls als localdiagnostisches Symptom und Indication zum chirurgischen Einschreiten wohl zu beachten.

Was den Durchbruch in die Tracheotomiewunde betrifft, so ist es mir nicht gelungen, mehr als einen analogen Fall in der Literatur aufzufinden. Es ist wieder der 43. Fall in Türck's »Klinik«. Es wird da berichtet von einem 3‴ langen 1—2‴ breiten necrotischen Knorpelstück, das in der Wunde der Tracheotomie freiliegend gefunden und leicht mit der Pincette entfernt wurde.

Obgleich nähere Angaben fehlen, kann man sich das Vorhandensein des Knorpelsequesters im Wundcanal kaum durch ein blosses Herabfallen aus der Larynxhöhle erklären, sondern

[1]) Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre etc. III. Lieferung. S. 125.

[2]) Tilfälde of tyfös Larynxstenose, etc. Norsk Magazin for Läg evidenskabe, Juli 1886. Ref. Centralbl. für Laryngologie, 3. Bd. S. 305.

[3]) Progrès med. Nr. 42, 1885.

[4]) Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre. Wien, 1866. S. 223. 43. Fall.

muss wohl auch hier einen Durchbruch nach dem Wundcanale zu annehmen.

Während der Niederschrift dieses Berichtes bin ich nun durch Section in den Besitz noch eines dritten Falles gekommen.

Es handelt sich um einen 47jährigen, seit mehreren Jahren bereits an Kehlkopftuberculose leidenden Mann, der, im December 1887 tracheotomirt, am 18. Februar 1889 starb. Es ergab sich, von anderen interessanten, aber nicht hierhergehörigen Befunden abgesehen, eine abscedirende und necrotisirende Perichondritis der rechten Ringknorpelhälfte, die ihren vorderen Ausweg in der rechten Seitenwand der Tracheotomiewunde gefunden hatte. Im Leben konnte dies nicht wohl constatirt werden, da der Kranke sich immer selbst seine Canülen aus- und einführte und sonst kein Symptom zur Besichtigung des Fistelcanals einlud. Auch hier war die hohe Tracheotomie gemacht worden und wohl nur dadurch ist der Durchbruch in den Wundcanal bei beiden Fällen ermöglicht worden.

Es drängen sich da die Fragen auf: Ist dieser Durchbruch als ein erwünschtes oder unerwünschtes Ereigniss zu betrachten? und: Hätte dieses Ereigniss durch Vornahme der Tracheotomia media oder inferior vermieden werden können?

Ich stehe nicht an, diese zweite Frage unbedingt bejahend für meinen zweiten Fall, als sehr wahrscheinlich auch im ersten Falle, zu beantworten. Wäre der Wundcanal nicht so nahe am Absess gewesen, so wäre der Weg zur Haut kürzer gewesen und eingeschlagen worden, es wäre zu einer Kehlkopf-Hautfistel gekommen. Wenn man nun bedenkt, mit welchen Qualen die Entstehung, mit welchen Unbequemlichkeiten zumindest das Bestehen einer solchen verbunden ist, wird man wohl den Durchbruch in eine schon bestehende Wunde, der in beiden Fällen ohne irgend welches Symptom erfolgte, als das erwünschtere Ereigniss betrachten müssen und damit die erste Frage auch beantworten. Im Hinblicke auf eine derartige Eventualität ist demnach der hohen Tracheotomie bei Kehlkopfperichondritis der Vorzug zu geben. Nicht zu verkennen ist natürlich, dass es am Angenehmsten ist, gar keinen Durchbruch nach aussen erfolgen zu sehen, und ich möchte mich in dieser Frage entschieden gegen Schrötter auf Türck's Seite stellen. Ersterer [5]) hält es bei »Perichondritis thyroidea, namentlich an ihrer vorderen Fläche oder bei Perichondritis cric. an ihrem vorderen Halbring« für zweckmässig, »die Laryngotomie selbst mit Durchschneidung der cart. cric. auszuführen«, weil man »dadurch die Abscesshöhle selbst eröffnen und dem Eiter freien Ausfluss verschaffen kann«. Wenn man allenfalls noch bei typhösen Abscessen die Indicationen der Eiterentleerung gelten lassen wollte (und auch hiegegen erhebt Türck [6]) einen gewichtigen Einwand, dass nämlich »durch Trennung des Ringknorpelbogens ein seitlicher Collaps des Kehlkopfes begründet und dadurch die künftige Entfernung der Canüle um so weniger zulässig wird«), so muss man doch fragen, was für einen Zweck die Eröffnung eines tuberculösen Abscesses nach Aussen haben sollte.

Abgesehen von der sehr problematischen Möglichkeit, einen solchen zur definitiven Heilung zu bringen, müsste die operative Eröffnung, um eine solche Heilung anzustreben, doch nur die Einleitung zu einer chirurgischen Behandlung der Abscesshöhle durch Auskratzen. Cauterisiren oder Injiciren u. s. w. sein. Wer die tunnelartigen Schluchten und Höhlen tuberculöser Geschwüre und Perichondritiden gesehen hat, wird sich über die Möglichkeit eines derartigen Vorgehens, welches, wenn es gründlich sein sollte, in manchen Fällen drei Viertel der Kehlkopfperipherie eröffnen und auch theilweise zerstören müsste, keine Illusionen machen.

In einzelnen Fällen dürfte dasselbe immerhin möglich sein, nur dass es bei frühzeitiger Perichondritis nicht immer angeht, mit Genauigkeit den Sitz des Leidens zu bestimmen. Eine blosse Abscesseröffnung bei Tuberculose hat darum keinen Zweck, weil Abscesse meist schon von selbst ihren Weg nach innen suchen, und weil das Bestehen einer tuberculösen Hautfistel nicht gerade zu den Annehmlichkeiten für einen Patienten gehört. Sollte aber wirklich ein Durchbruch nach aussen erfolgen, so haben wir in unseren Fällen kennen gelernt, dass eine Communication mit der Wunde einer hohen Tracheotomie leicht und sozusagen symptomlos erfolgt, weshalb wir gegebenen Falles dieselbe wieder in gleicher Weise ausführen werden.

[5]) l. c. S. 128.
[6]) l. c. S. 235, 236.

Kurze Bemerkungen zu Herrn Escherich's Erwiderung, betr. die Nahrungsbestimmung für den Säugling.

Von Dr. *Biedert.*

Die von Herrn Escherich in Z. 36 ff. seiner Erwiderung in Nr. 19 d. W. noch vermisste Erwähnung meiner Volumbestimmungen in meiner »Vogel«-Ausgabe steht dennoch in derselben (s. Lehrb. d. Kinderkr. von Prof. Vogel, 9. Aufl. neu bearb. von Dr. Biedert, S. 36, Z. 20 ff. v. o.). Nach den dortigen kurzen Vorschriften verfahre ich immer und erziele so in allen Fällen, die einer Ueberwachung bedürfen, im Zusammenhang mit den vorausgehenden Mischungsbestimmungen die nothwendige Bestimmung des Nahrungsvolums und der Nährstoffmenge — welch' letztere durch die bei Bedarf erlaubte geringere Verdünnung im gegebenen Rahmen niemals »zu gering« zu bleiben braucht. So kann auch ein durch Krankheit auf das Gewicht eines Neugeborenen heruntergekommenes 4wöchentliches Kind, wenn es wirklich mehr Nahrung braucht und verträgt, auch bei mir mehr erhalten. Meist aber verhält sich solch ein heruntergekommenes 4wöchentliches Kind in der That zunächst noch wie ein 8tägiges und läuft stets weniger Gefahr, wenn es einmal 2—3 Tage etwas zu wenig, als wenn es zu viel bekommt. Auch bei meinem Verfahren erlebe ich alle die gewaltigen Zunahmen reconvalescenter Kinder, von denen Escherich spricht, und die er seiner Methode zuzurechnen scheint.

Dagegen kann sich mein Schema, was Escherich zum Schluss bezweifelt, allen Einzelfällen, auch jeder Verdauungsstörung, anschmiegen und man wird nie — da ebenso wie geringere, auch stärkere Milchverdünnung als 1 : 3, und eventuell nur 150 ccm Volum auf 1 k Körpergewicht in das System passen, — von diesem System abzuweichen brauchen. Ich habe das auf auf Grund langer Erfahrungen jetzt im Jahrbuch für Kinderkrankh. XXVIII. 3. u. 4. H. wieder gezeigt und dabei das, was auch Escherich in seiner Erwiderung bestätigt, beklagt, dass gerade bezüglich der Nahrungsmengen meine Nachweise und Vorschriften zu wenig beachtet, nachgeschrieben und nachgeprüft werden.

Noch die Bemerkung: Mein Schema ist nur für Aerzte oder sehr verständige und sorgsame Mütter. Für Andere war ich seither froh, Innehaltung der Verdünnung und eines 2—3-stündigen Ernährungsturnus zu erreichen. Wenn bei diesen Herr Escherich Befolgung seines Schemas erlangen kann, so wird dasselbe auf einem sehr grossen Gebiet Gutes wirken.

Ueber die Massagebehandlung der chronischen Typhlitis und Perityphlitis.

Von Dr. *Georg Hünerfauth,* Besitzer der Wasserheilanstalt zu Bad Homburg.

(Fortsetzung.)

Diesen vielseitigen und theilweise recht schweren Erscheinungen gegenüber erwies sich die gebräuchliche Therapie

zumeist ziemlich machtlos. Selbst in allen grösseren wissenschaftlichen Abhandlungen über einfache oder complicirte chronische Erkrankungen des Blinddarms und seiner Umgebung finden sich als Zeichen einer gewissen therapeutischen Ohnmacht nur die kurzen Angaben, dass zuweilen manche Resorbentien neben einer sorgfältigen Diät noch etwas Besserung erwarten lassen; Bamberger sagt (l. c. S. 376): »Beim chronischen Verlaufe und zögernder Resorption der Exsudate sucht man diese durch Vesicatore, Einreibungen von Jodsalbe und vorsichtigen inneren Gebrauch des Jod, durch häufige warme Bäder zu befördern«. Ganz genau so hatte sich 10 Jahre vorher Wunderlich geäussert (Handbuch der Pathologie u. Therapie III. Bd., Stuttgart 1846). In ähnlichem Sinne sprechen auch unsere neueren Autoren, so z. B. Eichhorst in Eulenburg's Realencyclopädie Bd. XIV, S. 154: »Ist Fluctuation nicht mehr nachweisbar, hat sich der Eiterherd zu einem festen Tumor abgekapselt, so suche man durch anhaltende Cataplasmen, durch Einreibungen mit Ung. Hydrarg. cin., Ungt. Kali jodati, Bepinselungen mit Jodtinctur oder Einsalbungen mit Jodoform-Vaselin Resorption zu befördern. Dazu kommen noch als gute interne Resorbentien: kräftige Diät, Eisen-, Jod- und Chinapräparate«.

Ich habe viele Patienten kennen gelernt, bei denen nach solchen Verordnungen genau gehandelt wurde; ich will nicht behaupten, dass ab und zu je nach den Symptomen das eine oder andere Mittel nicht gewirkt hätte: das Cataplasma ist nicht selten von gutem Einflusse bei heftigen Schmerzen oder starker Tympanitis, einige Blutegel können stockendes Blut fortnehmen und vorübergehend Erleichterung bringen, ein warmes Bad beruhigt den aufgeregten Patienten und schläfert ihn ein, aber mehr als symptomatischen Werth haben diese Verordnungen nicht; auch darf man wohlgemuth der Application äusserer Resorbentien die Bedeutung absprechen, die ihr nachgesagt wird; wenigstens kann ich denselben in den hier abgehandelten chronischen Fällen kein Vertrauen entgegenbringen. Ich habe so stark jodirte Patienten gesehen, dass die Haut sich vor der Massagebehandlung während Wochen erst hat regeneriren müssen, wo auch nicht im mindesten ein Effect zu constatiren war und desgleichen haben die beliebten Quecksilbereinreibungen selten etwas zu wirken vermocht.

Zuweilen haben einzelne Autoren, allerdings nicht immer bewusst, gewisse Manipulationen auf dem Abdomen vorgenommen und Einwirkungen davon auf den Darm gesehen; an weiteren Empfehlungen dieser Beobachtungen scheint es aber gefehlt zu haben, sodass es zu einer regelrechten Bauchmassage für unsere Zwecke nicht kam; erst später konnte man von einer solchen sprechen, als bestimmte Indicationen für sie gegeben wurden. Französische Aerzte haben sie vor einigen Decennien ziemlich geübt, und auch bei uns in Deutschland hat sie erst vielleicht zu gleicher Zeit hie und da einen ärztlichen Anhänger gefunden.

In Henoch's Klinik der Unterleibskrankheiten (1863) fand ich 2 sehr interessante Beobachtungen über die Wirkung von stärkeren Fingertastungen auf den Darmcanal, mitgetheilt von Watson (Die Grundgesetze der pract. Heilkunde, deutsch von Steinau, Leipzig 1854) und Marotte (Gaz. des Hopit. 111. 1856).

Watson erzählt: »Ganz vor kurzem behandelte ich eine ältliche Dame, die von Mittwoch Morgen bis zum nächsten Montage keinen Stuhlgang mehr hatte, ungeachtet der Anwendung der stärksten Abführungen. Sie hatte häufige Anfälle von Schmerz und Erbrechen; der Bauch war aber kaum etwas aufgetrieben, noch war er gegen Berührung empfindlich. Endlich klagte sie, dass das, was sie ausbreche, kothartig sei, oder — um mich ihrer eigenen Worte zu bedienen — »was niederwärts gehen sollte, gehe aufwärts». Es war dies eine dünne braungefärbte, übelriechende Flüssigkeit. Dr. Maya und Arnott wurden nun gleichfalls hinzugerufen, und beide betasteten und befühlten den Bauch, wie ich bereits vorher ebenfalls gethan. Die Dame bemerkte, dass die Hände dieser Herren schwer wären und dass es ihr vorkäme, als hätten sie durch den Druck, den sie beim Betasten damit ausübten, etwas in ihrem Leibe von der Stelle bewegt. Und ich glaube selbst, dass dem so war, denn ehe noch unsere Consultation im anstossenden Zimmer zu Ende war, kam die Nachricht, dass die Kranke Stuhlgang gehabt. Was sie entleerte, war dünnflüssig und ganz dem Stoffe ähnlich, den sie in der letzten Zeit ausgebrochen hatte. Am folgenden Tage hatte sie noch mehrere dergleichen Stühle, und mit einem derselben wurde ein harter Klumpen entleert, welcher, wie sich später ergab, in einem Gallensteine bestand von der Grösse einer kleinen Wallnuss.«

Der Marott'sche Fall ist folgender: »Eine 60 jährige Frau hatte schon wiederholt an Gallensteinkolik gelitten, als sie im Juni 1856 wieder von heftigen intermittirenden Schmerzen zwischen Nabel und Processus ensiformis, befallen wurde, die mit Ekel und selbst mit Erbrechen endeten. Die entsprechende Bauchgegend war gespannt und beim Drucke schmerzhaft, das rechte Hypochondrium dagegen normal, die Leber wenig unter dem Rippenrande vorragend; die Haut von normaler Temperatur, der Puls klein, der Durst lebhaft. Eis, Chloroform und Morphium stillten die Schmerzen auf eine Nacht, am nächsten Morgen aber neues Erbrechen von fäculentem Geruch und Farbe. In der Nacht Ruhe durch die erwähnten Mittel; morgens abermals Symptome des Ileus mit allgemeinem Verfall. Bei der behufs der Untersuchung vorgenommenen Palpation des Unterleibs gab Patientin plötzlich an, es sei ihr, als ob das Hinderniss im Darm gehoben wäre. Gleich darauf hörte das Erbrechen auf, ebenso der Schmerz, und es traten zwei flüssige Stühle ein, in denen ein wallnussgrosser Gallenstein gefunden wurde. In den nächsten Tagen gingen noch einzelne linsengrosse Steine ab.« Diese beiden Fälle sind noch dadurch von besonderem Interesse, dass der festgekeilte Stein während der Palpation des Unterleibs und wohl durch dieselbe mobil gemacht wurde, die letztere also eine therapeutische Bedeutung gewann. (Henoch.)

Auch Abercrombie (Pathol. u. pract. Untersuchungen über die Krankheiten des Magens etc. 1830) spricht lebhaft von Compressionen und Frictionen des Bauches, besonders auch bei Tympanitis.

Häufig wurde an mich die Frage über die Zulässigkeit der Massage bei acuter und subacuter Typhlitis und Perityphlitis gestellt; ich muss hier, bevor ich zur Besprechung der Behandlung der chronischen Fälle übergehe, mich kurz darüber äussern: Die Contraindicationen mancher Heilmittel sind schwieriger zu stellen, als ihre Indicationen; es mögen Manche glauben, dass die Massage wohl bei jedem Stadium einer Krankheit angewandt werden dürfe. Die Behandlung im acuten Zustande ist zumeist so ausserordentlich schmerzhaft, dass sie vom Patienten nicht leicht zugelassen wird, wenigstens nicht direct über dem Erkrankungsherde; doch kenne ich Fälle, wo es mir möglich war, etwas entfernt von diesem Herde über stark tympanitischen Stellen mit grösster Vorsicht ganz leichte Streichungen und Drückungen mit Erfolg zu appliciren, alle Fälle mögen sich dazu wohl nicht eignen — und bei hohem Fieber ist die Massage direct verboten — und zudem erheischt die Behandlung eine Uebung und Fertigkeit, wie sie wohl nur jenem Arzte eigen ist, der sich ganz besonders häufig mit der abominellen Massage beschäftigt. Ich muss deshalb sagen, dass wir statt der Massage im acuten Zustande doch besser bei der seitherigen Opiat- oder Eisbehandlung stehen bleiben.

Im subacuten Zustande und besonders im Beginn der Reconvalescenz ist die Anwendung der Massage gleichfalls nicht contraindicirt; wenn mit Ruhe und Sachkenntniss ausgeführt, kann sie nicht selten auf das segensreichste wirken, indem sie den Heilprocess um Monate abkürzt und überhaupt Genesung herbeiführt, die bei verspäteten Eingriffen nimmermehr

zu erreichen wäre. Dazu gehört aber gerade in diesem Stadium die allerstrengste Controle über unsere Patienten; so lange dieselben keine Gewähr bieten für pünktliche Einhaltung der vorgeschriebenen diätetischen Maassnahmen, der erlaubten Bewegungen und sonstiger hygienischer Erfordernisse, muss selbst die vorsichtigste Massagebehandlung ohne Erfolg bleiben. Zu Leichtsinn geneigte Patienten beschuldigen gerne die angewandten Mittel und sind im Stande, sie bei etwaigen Rückfällen geradezu verantwortlich zu machen. Wenngleich also der subacute Zustand eine geschickte und subtil ausgeführte Massage zulässt, so sei man doch mit deren öfterer Wiederholung recht vorsichtig: Zeitdauer 8—10 Minuten; sie ist hier meist bei der Tympanitis indicirt; peristaltische Anregungen — also Behandlung direct über dem Locus morbi — sind noch nicht direct geboten; allmählich aber dürfen wir etwas länger und ein wenig stärker behandeln, aber immer nur mit äusserster Vorsicht, täglich nur 1 Sitzung oder nur 4—5 in der Woche, Sitzungsdauer 10—15 Minnten.

Die Typhlitis und Perityphlitis pflegt sehr lange Zeit in diesem Zustande zu verharren, wenn man darunter die Fortdauer der ihr zukommenden Erscheinungen in abgeminderter Heftigkeit versteht; sie kann allmählig völlig abheilen, ohne Residuen zu hinterlassen. Wo letztere aber sich bei schweren anatomischen Veränderungen entwickelt haben, handelt es sich um einen ernsten chronischen Process, der entweder mehr zeitweise oder in continuo die krankhaften Störungen vereinzelt oder aber auch insgesammt darbietet. Und für diese Zustände gerade eignet sich die Massagebehandluug in ganz ausgezeichneter Weise.

Ich darf hier kurz wiederholen, was ich in meinem Handbuch der Massage darüber ausgesagt habe (S. 112): »Als ein grosser Fortschritt in der practischen Medicin darf die Massage in ihrer Anwendung bei den Residuen der Typhlitis und Perityphlitis bezeichnet werden. Ich betonte deren Wichtigkeit immer mit Nachdruck; ich habe auch in meiner practischen Thätigkeit eine grosse Zahl der verschiedenartigsten Fälle mit kürzerem und längerem Bestand in Behandlung gehabt, so dass ich den Gebrauch der Massage in diesen zumeist mit recht unangenehmen Erscheinungen verlaufenden Zuständen den Collegen recht warm empfehlen darf«. Sie bezweckt eine Herabsetzung der Empfindlichkeit über dem Blinddarm und seiner nächsten Umgebung, die Wiederherstellung des Muskeltonus nicht nur im aufsteigenden Dickdarm, sondern auch in anderen Theilen des Dick- und Dünndarms, eine Beseitigung der im Anschluss hieran sich entwickelnden oft hochgradigen Obstipation, resp. chronischen Darmkatarrhs, eine Dehnung und Lösung der Darmverlöthungen sowohl als auch der ausgedehnten Verwachsungen des Blinddarms mit anderen Darmtheilen oder festen Organen.

Sanfte Streichungen wirken auf Schmerzzustände oder hochgradige Empfindlichkeit, auf welcher Basis beide sich auch entwickelt haben mögen, immer beruhigend ein; damit allerdings soll die Wirkung eines Mittels sich nicht erschöpft haben, es muss, sobald sich die Ursache entfernen lässt, über die symptomatische Wirkung hinaus sich äussern und diese Möglichkeit ist bei der Massage gegeben. Es werden durch sie die verschiedenartigsten Ursachen der sensibilen Erregungen beeinflusst: Katarrh der Schleimhaut, die locale Peritonitis, Zerrungen etc. Sobald die Empfindlichkeit geringer geworden ist, nehmen auch peristaltische Darmbewegungen bei sonst freier Passage ungehinderten Fortgang, denn an einer schmerzhaften Stelle im Darm wird gar leicht die peristaltische Welle abgeschwächt oder aufgehoben. Starke Schmerzen bilden auch ein Hinderniss für kräftige Wirkung der Bauchpresse.

Ich habe, was ich oben noch nicht erwähnt, oft beobachtet, dass an grössere Schmerzen in der rechten Fossa iliaca sich solche in der Lebergegend, namentlich auch schwere Gastralgie und in das rechte Bein ausstrahlende Schmerzen angeschlossen haben. Es hatte sich oft durch die Massage, auch wenn die secundär ergriffenen Theile nicht mitbehandelt worden waren, eine bedeutende Besserung derselben eingestellt; besonders auffällig war mir diese Thatsache bei den Magenschmerzen.

Als Reizmittel für den gesunkenen Muskeltonus hat die Massage sich längst grosse Anerkennung verdient; die mechanischen Reizwirkungen sind bekannte Thatsachen; durch Hebung der Muskelerregbarkeit und Wiederkehr zur Norm wird eine Hauptursache der Obstipation beseitigt. In gleichfalls vorzüglicher Weise wirkt die Massage aber auch auf die Veränderungen in der Darmschleimhaut ein: Anregung der secretorischeu Thätigkeit und normalen Circulation und daraus folgende bessere Ernährung derselben sind die Haupterfolge. Näheres darüber siehe in meiner Abhandlung »Ueber habituelle Obstipation und deren Behandlung mit Elektricität, Massage und Wasser.« — Eine grosse Gefahr für eine normal verlaufende Ausheilung der Darmschleimhaut liegt in der Stockung des Darminhaltes; ein Circulus vitiosus bildet sich dadurch, dass bei der starken Erweiterung des Darmrohres dasselbe immer mehr seine Contractionsfähigkeit verliert und die Anhäufungen immer grösser werden. Fäcale Stockungen sind, wie wir oben bereits gesehen haben, eine grosse Gefahr wegen der Entwicklung tiefer Ulcerationen mit ihren schädlichen Consequenzen und so muss denn auch die Behandlung ganz besonders auf die Fortschaffung der fäcalen Massen gerichtet sein. Durch die Massage wird die feste Säule oder ein grosser Theil derselben mechanisch weiterbefördert; gelingt uns dies auch nicht immer gleich in der ersten Sitzung, so wird der Erfolg doch nicht lange ausbleiben; mit Hilfe namentlich salinischer Abführmittel oder grosser Lavements werden die harten Massen erweicht und durch darauffolgende Manipulationen der Darm davon befreit. Solche Eingriffe sind übrigens nur zu Beginn der Behandlung in der Regel für einige Tage und nicht einmal für alle Fälle erforderlich. Selbstredend muss die Massage bei schweren Zuständen auf den ganzen Darm ausgedehnt werden, da der Tonus überall Einbusse erleidet.

Die Tympanitis kann zumeist nicht besser influirt werden, als durch die gleichfalls über den ganzen Unterleib sich erstreckende Massage. Eine lang andauernde hochgradige Gasauftreibung bringt dem Patienten mancherlei höchst unangenehme Störungen, das ganze Nervensystem leidet schwer darunter, die Stimmung ist sehr gedrückt, Schlaf selten gut, Herz- und Lungenthätigkeit sind stark alterirt. — Der Blinddarm selbst pflegt dabei am stärksten aufgetrieben zu sein, die Relaxation seiner Musculatur wird schlimmer, die Peristaltik immer schlechter. Mit Hilfe zarter Streichungen über das ganze Abdomen — kräftigere Eingriffe sind schon wegen der Empfindlichkeit verboten und verschlimmern ausserdem die Spannung in hohem Grade — verliert der Darm allmählich seine Aufgetriebenheit, die in demselben Maasse rasch abzunehmen pflegt, als es zugleich gelingt, die Schmerzhaftigkeit im Coecum herabzusetzen. Der Abgang von Flatus ist zuweilen sehr beträchtlich, der Patient gewinnt leicht sichtbar einen ganz veränderten Gesichtsausdruck, er athmet freier und ruhiger; der Nachlass der starken Leibespannung und Schmerzhaftigkeit in Verbindung mit erleichterter Athmung gestattet ihm nicht selten nach einer kurzen Behandlungsdauer von 10—15 Minuten, sich freier zu bewegen, nachdem er sich vorher nur mit grosser Mühe weiter schleppen konnte oder gefahren werden musste. Es sind mir Patienten erinnerlich, bei denen ich wegen der kurzen in Badeorten gebräuchlichen Curzeit von nur wenigen Wochen keine

complete Heilung, wohl aber eine fast vollständige Beseitigung der Tympanitis erzielte und die da glaubten, mit dieser Besserung allein schon für ihren schlimmen Zustand genug gethan zu haben. Für die Tympanitis dürfen wir, wo überhaupt noch Heilung möglich, die Massagebehandlung geradezu als souverän bezeichnen. Siehe dazu »Handbuch der Massage« S. 118 besonders 3. Fall. — Ich muss hier einige kurze Bemerkungen über eine interessante Beobachtung von dem Auflegen der Hand auf schmerzhafte Stellen, besonders bei Gastralgie und Enteralgie einfliessen lassen. Diese Beobachtung habe ich zuerst bei Magenneuralgie gemacht und sie mit gleich günstigem Erfolge auch bei Schmerzen des Darmes verwerthet. Kleine, magere und vielleicht noch gewöhnlich kalte Hände eignen sich nicht dazu; auch haben merkwürdiger Weise die Hände der Patienten selber äusserst selten eine auch nur annähernde Einwirkung bei Berührung der erkrankten Stellen, als wenn dies durch eine zweite Person geschieht mit grösseren, weichen und warmen Handflächen; es influirt überhaupt nicht jede Hand gleichmässig auf den Patienten, wie ebenso auch ein ausserordentlich verschiedener Grad der Einwirkung seitens der Behandelten auf den Massirenden sich constatiren lässt. Ich habe in dieser Beziehung höchst merkwürdige Erscheinungen beobachtet, die ich gelegentlich anderen Orts eingehender besprechen werde. Durch das anfänglich leise, nach und nach etwas stärker werdende Auflegen der einen Hand oder auch beider auf die schmerzhaften Stellen fühlt der Patient bald eine schwache, äusserst angenehme Wärmeentwicklung; die Hand darf dabei auch nicht im geringsten nach irgend einer Seite hin verschoben, der einmal wirkende Druck nicht im geringsten verstärkt werden; dadurch wird die Procedur für den Arzt ausserordentlich anstrengend, keine andere Massagemanipulation an irgend einer Körperstelle ist dermassen aufregend, als gerade diese. Nach verschiedener Zeit — von 10—30 Min. und länger variirend — fängt die bedeckte Partie zu schwitzen an und damit ist der Schmerz in der Regel ganz oder doch nahezu verschwunden, beim Erheben der Hand fällt der Schweiss in Tropfen nieder; in den schwierigsten Fällen, wo nur noch Narcotica wirkten, konnte ich auf diese Weise die heftigsten Schmerzen beseitigen; der Arzt kann, wenn er sonst noch viel mit Massage beschäftigt ist, an einem Tage nur wenige Patienten solchermassen behandeln. Der Heileffect ist selbstverständlich ein sehr verschiedener, war aber gar oft nach kurzer Zeit ein vollständiger nach vergeblicher Anwendung zahlreicher sonstiger Mittel. — Aber nicht allein gegen die Schmerzhaftigkeit im Abdomen, sondern auch gegen die Tympanitis ist dieses Händeauflegen von oft erstaunenswerther Wirkung.

(Schluss folgt.)

Casuistische Mittheilungen aus Hospitälern und aus der Praxis.

Zwei Fälle von Entbindung bei Carcinoma uteri. Von Dr. Wilh. Merkel. (Mitgetheilt im ärztlichen Localverein in Nürnberg am 3. Mai 1888.)

1) Eine 40jährige Achtgebärende hatte während der ganzen Schwangerschaft anhaltende Blutungen und jauchigen Ausfluss; bei der Entbindung fand sich der ganze Fornix vaginae mit dem untern Uterinsegment unnachgiebig, starr, brettähnlich infiltrirt, bloss nach links hinten war eine kleine Stelle des parametralen Zellgewebes noch intact. Die äusserste Dehnung dieser Partie nach $1^1/_2$tägiger Wehenthätigkeit, sowie ausgedehnte Incisionen der infiltrirten Gewebe ermöglichten die Zangenanlegung an dem in erster Schädellage befindlichen Kinde und damit die gewaltsame schwere Entbindung. Das Kind war todt. Noch vor Ausstossung der Placenta folgte eine colossale Blutung aus einem tiefen Riss des Fornix vagin. d., welche nach rascher Lösung der Placenta vermittelst Tamponade gestillt werden konnte. Die fast ausgeblutete Kranke erkrankte schwer fieberhaft 8 Tage lang, erholte sich aber und starb erst 2 Jahre nachher in Folge jauchigen Krebszerfalls des Fornix, der Blase und der Rectovaginalwand.

2) Der zweite Fall betrifft eine 40jährige Fünftgebärende, die bei ihrer Entbindung einen ganz ähnlichen Befund, nur noch in weit vorgeschrittenerem Grade darbot wie der erste Fall. Die Dehnung der hier in gleicher Weise fast intacten hinteren linken Partie des Cervix erfolgte nach 16stünd. Wehenthätigkeit bloss bis zur Grösse eines Zweimarkstücks; darüber hinaus war eine Erweiterung des Muttermundes wegen der allseitig starren Infiltration unmöglich. Da das Kind lebte, so erschien die relative Indication zur Sect. caesar. gerechtfertigt und wurde diese im städtischen Krankenhause am 13. I. 1888 ausgeführt. Kaiserschnitt nach Sänger'schen Principien. Bauchschnitt; Herauswälzen des Uterus vor die Bauchwand; Incision, wobei die Placenta in ganzer Ausdehnung getroffen wurde; enorme Blutung, die aber nach rascher Entwickelung des nachher noch 4—5 Minuten vollständig apnoischen Kindes durch Zuziehung des umgelegten elastischen Schlauches sofort gestillt wurde. Vernähung der Uterusmusculatur mit 25 Seidensuturen. Eingefalzte symperitoneale Sutur des Bauchfells mittest 4 fortlaufender Catgutnähte. Kürschnernaht des Periton. parietale, Etagennaht der Musc. recti mit Catgut, 30 Knopfnähte der Haut. 2 Tage Wohlbefinden, dann Anstieg der Temperatur, Puls 140. Lungenerscheinungen. Exitus am 7. Tage. Etwa 12 Stunden vor dem Tode platzt die Bauchwunde im mittleren Drittel. Erguss von eiterigem Fluidum nach Aussen. Bei der Section findet sich eiterige Peritonitis, insbesondere abgesackte Eiterherde vor der Uteruswunde gegen die Bauchwand zu. Die bei der Section noch $14^1/_2$ cm lange Operationswunde des Uterus in den oberen und unteren Partien gut verklebt; in dem mittleren Drittel hatten zwei Fäden an der Stelle, wo die Placenta gesessen, durchgeschnitten; $3^1/_2 - 4$ cm lang klaffte hier die Wunde; zwei Catgutfäden des Peritoneum sind verschwunden oder resorbirt, das Peritoneum daselbst gut verklebt; zwei andere in längeren Stücken flottirend; Bauchfell daselbst weit hinter den Uterusmuskel zurückgezogen. Ausgedehntes jauchendes Carcinom des Cervix und Fornix vagin. Der Tod durch eiterige Peritonitis ist wohl zurückzuführen auf eine geringe Nachblutung, die nach Lösung des Schlauches zwischen die Nähte des Uterus erfolgte und, obgleich gestillt, doch die Ursache zur fortschreitenden Infection wurde.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Neuere Arbeiten über das Hyoscin.

Zusammenfassendes Referat von Dr. A. Cramer in Freiburg.

1) R. Kobert: Ueber die Wirkungen des salzsauren Hyoscins. Nach den Versuchen des Herrn A. Sohrt. Archiv für experiment. Pathol. u. Pharm. Bd. XXII. p. 396.
2) W. Erb: Ueber Hyoscin. Therapeut. Monatshefte. Bd. I. p. 252.
3) R. Kobert: Ueber Hyoscin. Ebenda. p. 267.
4) C. Walter: Experimentelle und klinische Beobachtungen über die Wirkung des Hyoscins in der Augenheilkunde. Dissertation. Dorpat. 1887.
5) E. Kühlwetter: Beobachtungen über Anwendung des Hyoscins bei Geisteskranken. Irrenfreund. Bd. XXIX. p. 97.
6) Pitcairn: Hyoscine as hypnotic. The Brit. Med. Journal. 1888. p. 75.
7) A. Schleussner: Ueber Hyoscin als Schlaf- und Beruhigungsmittel. Dissertation. Strassburg 1888.
8) J. Salgó: Hyoscin und Sulfonal. Wiener Med. Wochenschrift. Bd. XXXVIII. p. 746.
9) E. Konrad: Zur physiologischen und therapeutischen Wirkung des Hyoscinum hydrochloricum. Erlenmeyer's Centralblatt für Nervenheilkunde. Bd. XI. p. 529.
10) O. Dornblüth: Bericht über Anwendungen des Hyoscins bei Geisteskranken. Ebenda. p. 992.
11) E. Kny: Therapeutische Wirkungen des Hyoscins. Berl. Klin. Wochenschrift. Bd. XXV. p. 1001.

12) O. Klinke: Hyoscin bei Geisteskranken. Erlenmeyer's Centralblatt für Nervenheilkunde. Bd. XII. p. 196.

Das Hyoscin ist ein zuerst von Ladenburg aus Hyoscyamus als Goldsalz rein dargestelltes Alkaloid, welches gegenwärtig als H. hydrobromicum — hydrojodicum — hydrochloricum von von E. Merk in Darmstadt zu erhalten ist. (Der Preis beträgt je nach der Art des Salzes pro Gramm 10—12 M.) Es wurde von Edlefsen und Illing zuerst (1881) therapeutisch verwandt und später vielfach, namentlich auch von Americanern und Engländern auf seine therapeutischen Wirkungen geprüft.

I. Pharmakologische Wirkungen. Eingehende diesbezügliche Untersuchungen an Warm- und Kaltblütern hat Kobert im Verein mit Sohrt angestellt.

1. Schicksal des Hyoscins im Körper: Das H. wird als solches oder als ein Körper von gleicher Wirkung durch den Harn ausgeschieden. (Kobert.)

2. Ueber den Einfluss auf Puls und Respiration gehen die Ansichten der Autoren auseinander. Kobert und Sohrt fanden, dass der Puls durch H. hydrochloricum zwar etwas beschleunigt, aber sonst nicht besonders beeinflusst wurde, ebenso bemerkte auch Schleussner keine wesentliche Beeinflussung. Konrad, welcher mit demselben Salze experimentirte, constatirte, dass anfänglich die Zahl der Pulsschläge gesteigert wurde (nicht in allen Fällen), später aber und zwar in allen Fällen eine länger dauernde Herabminderung erfolgte. Klinke konnte auch bei H. hydrojodicum an sich selbst und an verschiedenen Geisteskranken nach subcutaner Injection ebenfalls Pulsverlangsamung finden.

Während nach Kobert und Schleussner die Respiration nicht wesentlich beeinflusst wird, beobachtete Klinke eine Verlangsamung derselben.

3. Das Rückenmark scheint nicht besonders beeinflusst zu werden (Kobert).

4. Die elektrische Erregbarkeit der motorischen Region im Gehirn des normalen Hundes wird durch Hyoscin nicht beeinflusst (Kobert).

5. Alle Autoren constatiren in den meisten Fällen eine mehr oder weniger bedeutende Pupillenerweiterung.

6. Speichel- und Schweisssecretion wird, wie in allen Arbeiten angegeben, herabgesetzt.

II. Therapeutische Verwendung: Ein wesentlicher Unterschied in der Wirkung der drei Salze wird nicht angegeben. Die angewandten Dosen schwanken bei subcutaner Darreichung von 0,0001—0,002 g (Kühlwetter). Eine Dosis von 0,0005 bis höchstens 0,001 hat sich in den meisten Fällen als gefahrlos erwiesen, jedoch zeigt sich eine grosse individuelle Verschiedenheit den einzelnen Dosen gegenüber (Erb, Kny, Klinke). Die Injectionen wurden von einzelnen Patienten als sehr schmerzhaft geschildert (Kühlwetter). Bei innerer Darreichung, welche nach Erb bei Nervenkrankheiten weniger prompt, nach Dornblüth, Kny, Klinke aber auch weniger gefahrbringend und recht nachhaltig namentlich bei Psychosen wirkt, kann mehr gegeben werden, bis 0,002. Am besten macht man die Lösung so, dass auf 1 Esslöffel 1 mg kommt (Kny). Man hat dabei den Vortheil, dass man die absolut geschmacklose Lösung auch recht misstrauischen Kranken unbemerkt in der Nahrung beibringen kann (Kny). Bei länger dauernder Verabreichung tritt Gewöhnung ein (Kühlwetter, Konrad, Kny).

1. Hypnotische Wirkung. Kobert konnte bei 10 Geisteskranken mit Aufregungszuständen und Schlaflosigkeit fast durchgängig 10—12 Minuten nach der Injection einen 4—5 und mehrstündigen Schlaf ohne üble Nachwirkungen erzielen. Erb beobachtete die schlafmachenden Wirkungen bei vielen seiner Kranken und reichte das Mittel auch einem Neurastheniker, bei welchem eine ganze Reihe anderer Schlafmittel erfolglos geblieben waren, mit günstigem Resultat. Walter fand bei ophthalmologischer Verwendung des Mittels keine schlafmachende Wirkung. Kühlwetter überzeugte sich, dass das H. zum ersten Mal oder auch kurze Zeit nacheinander gegeben, seine Wirkung niemals verläugnet. Selbst bei den aufgeregtesten Patienten trat nach ca 10 Minuten völlige Beruhigung und im Anschluss daran Schlaf ein, von welchem dieselben nach ca 6 bis 8 Stunden ohne jegliche unangenehmen Folgerscheinungen erwachten und dann noch ca 1—2 Stunden in träumerischem Halbschlaf verharren. Pitcairn hatte in 3 Fällen (Delirium tremens, Schlaflosigkeit bei einem älteren Mann und agitirte Melancholie) einen vorzüglichen Erfolg zu verzeichnen, bis 19-stündigen Schlaf (!). Schleussner resumirt die Ergebnisse sehr zahlreicher in der Strassburger Irrenklinik angestellter Versuche dahin: »Wenn auch die Empfindlichkeit gegen die schlafmachende Wirkung des H. bei Verschiedenen verschieden ist, so dass der eine mehr, der andere weniger braucht, um zu schlafen, und wenn auch anderseits der Eintritt des Schlafes zum Theil von anderen Umständen, z. B. dem Grade der bei Tag bestehenden Aufregung abhängt, so ist doch im Allgemeinen eine Gabe von 0,5—0,6 mg pro dosi am geeignetsten, um längere Zeit hindurch einen dem normalen entsprechenden Schlaf ohne üble Nebenwirkungen zu erzeugen«. Salgo will das H. nicht als eigentliches Hypnoticum betrachtet wissen; die unmittelbare und constante Wirkung ist eben nicht der Schlaf, wenn der Zustand nach Injection von H. auch dem Schlaf sehr ähnlich ist. In dem Zustande der vollen H.-Wirkung, welche sich 20 Minuten nach der Injection einstellt, liegt der Kranke ruhig athmend und tief schnaufend da, wobei die Mundwinkel wie in tiefem Schlafe aufgeblasen werden, der Puls ist kräftig, voller als vor der Injection, ohne jedoch nennenswerth beschleunigt zu sein. Die Gesammtmuskulatur ist schlaff, die Sensibiltät nicht aufgehoben, die Reaction auf Hautreflexe langsam, schwerfällig. So bleiben die Kranken verschieden lange Zeit, von 2—8 Stunden. Nähert man sich ihnen, so blicken sie müde und schläfrig auf, murmeln unverständlich, wenden sich aber sofort wieder um und erklären, schläfrig zu sein. Zu einem wirklichen, vollen Schlaf kommt es jedoch kaum. Man findet die Kranken immer schläfrig, doch aber immer wach. Dornblüth sah fast stets bei abendlicher Darreichung nach kurzer Zeit einen ruhigen Schlaf. Kny gibt dem H. in der Behandlung aufgeregter Kranken vor anderen Schlafmitteln den Vorzug bei innerer Darreichung. Die Erfahrungen, die Klinke in 1350, an 69, den verschiedensten Krankheitsformen angehörenden Geisteskranken, angestellten Versuchen gewann, führen ihn zu dem Resumé, dass das H. hydrojodicum, wie die beiden anderen Salze, wegen seiner Billigkeit, Geschmacklosigkeit und bequemen Anwendungsweise den theueren, schlecht schmeckenden anderen gebräuchlichen Schlafmitteln, die schon von anderen Kranken ungern genommen werden, bei verwirrten und erregten Kranken oft vorzuziehen ist.

2. Verwendung als Sedativum.

a) Bei aufgeregten Geisteskranken. Kobert konnte bei 10 im Verein mit Sohrt behandelten erregten Geisteskranken durch H. prompt Schlaf oder wenigstens Ruhe schaffen. Mit gutem Erfolge wandte Kühlwetter, welcher das H. nur bei einem körperlich gesunden und kräftigen Individuum reichen möchte, das Mittel bei den einzelnen plötzlichen Ausbrüchen der chronischen Manie und melancholischen Erregungszuständen an, während es sich bei acuter Manie im Grossen und Ganzen weniger wirksam zeigte. Schleussner hatte bei den Versuchen, auch bei Tage aufgeregte Kranke zu beruhigen, nicht so günstige Resultate erzielt, indem er unter 18 Fällen blos zweimal eine wirkliche Beruhigung beobachtete.

Nach Salgó ist das Mittel überall da, wo es sich um rasche Beruhigung eines tobsüchtig erregten Kranken handelt, souverän, namentlich auch wegen seiner bequemen Applicationsweise. Konrad glaubt, dass das H. in heftigen Erregungszuständen chronischer Formen, besonders bei grosser Agilität und Zerstörungstendenz in Dosen von $^1/_2$—1 mg zeitweise verwendbar ist. Dagegen soll man das Mittel, so lange andere Beruhigungsmittel ausreichen, bei acuten heilbaren Psychosen vermeiden.

Auch Dornblüth wandte es mit Erfolg bei erregten Geisteskranken an. Kny konnte namentlich bei innerer Darreichung (3000 Einzeldosen bei 88 Kranken) Beruhigung und Schlaf bei den verschiedensten Aufregungszuständen von Geisteskranken constatiren, auch bei frischer Manie hatte er den-

selben Erfolg und gewann den Eindruck, dass die Dauer der Krankheit abgekürzt werde.

Einen guten Erfolg erzielte Klinke namentlich bei maniakalischen Zuständen von Paralytikern, während er bei melancholischen Zuständen nur geringe oder gar keine Wirkung constatiren konnte.

b) Bei Nervenkrankheiten. Erb hat das H. speciell gegen das Zittern bei Paralysis agitans sogar in recht schweren Fällen als ein ganz vortreffliches, den schwer geplagten Kranken grosse Erleichterung bietendes Palliativum schätzen gelernt, in einem Falle beobachtete er sogar eine Remission des Leidens. Bei einzelnen Kranken verschwand das Zittern für mehrere Stunden. Auch etwaige sonstige Nebenerscheinungen, Salivation, übermässige Schweisssecretion, die in einigen Fällen vorhanden waren, gingen für mehrere Stunden zurück. Die wirksame Dosis (subcutan) betrug 0,2—0,3 mg. Auch Kny konnte einem derartigen Kranken bei innerer Darreichung Erleichterung schaffen.

Bei den oft schweren und hartnäckigen Spasmen einzelner Muskeln und Muskelgruppen (Krampf in Facialis, Accessorius, in den Rücken-, Schulter- und Bauchmuskeln) sah Erb in einigen Fällen vorübergehend für einige Stunden Erleichterung eintreten. In einem schweren Falle von Torticollis convulsiv. Erb's trat eine überraschende Remission ein. Auch bei einer sehr schweren hemiplegischen Chorea erzielte derselbe Autor, allerdings bei höheren Dosen, eine erhebliche, aber vorübergehende Beruhigung der krankhaften Zuckungen.

Kny konnte quälende unwillkürliche Muskelkrämpfe im gelähmten Bein eines von Compressionsmyelitis Betroffenen durch H. wesentlich abschwächen (0,8 m). In einem Falle von nervösem Asthma hatte er nur geringen Erfolg, dagegen konnte er zwei Fälle von alkoholischem Tremor und Schweiss durch fortgesetzten H.-Gebrauch rasch bessern, ebenso wie er auch das Intentionszittern in einigen Fällen von multipler Sclerose günstig beeinflusst sah und bei einem dieser Fälle eine dauernde Besserung beobachtete.

Auch in einem Falle von Schreibekrampf constatirte er eine bedeutende Besserung.

Es hat sich also das Hyoscin bei aufgeregten Geisteskranken als ein brauchbares Schlaf- und Beruhigungsmittel und bei gewissen Nervenkrankheiten als ein schätzenswerthes Palliativum bewährt; jedoch wird sein Gebrauch durch mancherlei unangenehme Nebenwirkungen oft bedeutend eingeschränkt.

III. Unangenehme Nebenwirkungen.

Die Eigenschaft des Mittels, individuell und auch zu verschiedenen Zeiten bei ein und derselben Person verschieden zu wirken, mag es hauptsächlich sein, dass das Gewicht, welches die einzelnen Autoren auf die unangenehmen Nebenwirkungen legen, so verschieden ist.

Die von Kobert mitgetheilten Versuche Sohrt's an gesunden Menschen liessen nach subcutaner Application von $^1/_2$ bis 1 mg ausser Trockenheit im Munde und Erweiterung der Pupillen keine besonderen Nebenerscheinungen erkennen, bedrohliche Nebenwirkungen haben sich auch bei den Versuchen dieser Forscher an Geisteskranken nicht gezeigt.

Die Kranken Erb's klagten am häufigsten über folgende lästige Empfindungen: Gefühl von allgemeiner Schwäche, Schläfrigkeit, Hitze im Gesicht, Trockenheit im Halse, etwas Schwindel, Verwirrung, undeutliches Sehen und erschwerte Sprache. Bei einer nervösen Dame trat nach Injection von 0,6 mg ein der Trunkenheit ähnelnder Zustand ein. Auch bemerkte Erb, dass Phthisiker, welche das H. zur Herabsetzung der Schweisssecretion erhielten, das Mittel gewöhnlich schlecht ertrugen.

Konrad hielt für wichtig zu constatiren, dass das Hyoscin schon in den zu therapeutischen Zwecken verwandten Gaben beachtenswerthe Störungen in der Herzinnervation hervorufen kann. Auch beobachtete er neben den schon von Erb angegebenen unangenehmen Nebenwirkungen vereinzelte Zuckungen in den Armen (nach $^1/_2$—1 mg) und das für den psychischen Zustand gewiss nicht ganz gefahrlose Auftreten von Hallucinationen.

Auch Kühlwetter registrirt ausser den schon beschriebenen Nebenwirkungen diese letztere Erscheinung. Ausserdem resultirte in einem seiner Fälle ein ziemlich bedeutender Collaps bei einer verhältnissmässig kleinen Dosis. Die betreffende Kranke sank in sehr kurzer Zeit nach der Einspritzung wie vom Blitze getroffen zusammen. In einem zweiten Falle sah er sehr stark ausgesprochene Drehbewegungen um die Längsaxe des Körpers. Die eventuellen Klagen der Kranken Schleussner's bestanden nur in den allgemein angegebenen Symptomen (die in Folge der Verminderung der Speichelsecretion eintretende Trockenheit im Halse und das Durstgefühl), nur bei 3 Kranken, über die genauere Angaben fehlen, traten schon bei mittleren Dosen, noch mehr aber, wenn die Dosis auf 1 mg gesteigert wurde, Schwindel, Brausen, Kopfweh, Engigkeit auf der Brust auf, die Pupillen waren weit und träge. Einen Einfluss auf die digestiven Organe hat Schleussner nicht bemerkt.

Blitzartig schnell eintretende H.-Wirkung, wie sie Kühlwetter beschreibt, schildert auch Salgó, welcher sonst keine unangenehmen Nebenwirkungen bemerkte und nur in einem Falle beobachtete, dass das Mittel wegen nachfolgender lästiger Empfindungen verweigert wurde. Dornblüth fand ausser den schon von Erb angegebenen keine unangenehmen Nebenerscheinungen. Durch die störenden unangenehmen Nebenwirkungen (taumelnder Gang, grosse Hilflosigkeit, lallende Sprache, Sinnestäuschungen etc.), welche sich bei 6 Patienten nach subcutaner Injection einstellten, wurde Kny auf die innere Darreichung des Mittels geführt, bei welcher diese Erscheinungen ganz in den Hintergrund traten.

Klinke resumirt: Das H. wirkt lähmend auf die motorischen und secretorischen Centren, verlangsamt Puls und Respiration, erzeugt Trockenheit im Munde, Mydriasis, Accomodationslosigkeit, gelegentlich Fehlen des Appetits und Erbrechen. Durch das Mittel werden ohne Zweifel Sinnestäuschungen theils schreckhafter (Selbstbeobachtung), theils heiterer Art hervorgerufen und vorhandene gesteigert und vermehrt. Man wird mit Recht die Anwendung des Mittels bei frischen Psychosen einzuschränken haben, während es sehr wohl bei heruntergekommenen Kranken selbst in grösseren Dosen angewendet werden kann, das Fehlen jeglicher Complication von Seiten des Herzens vorausgesetzt.

Ewald: Klinik der Verdauungskrankheiten. II. Die Krankheiten des Magens. II. neu bearbeitete Auflage. Mit 22 Holzschnitten. Berlin, bei Aug. Hirschwald, 1889.

Vor wenig mehr als einem halben Jahre war das Erscheinen des obigen Werkes in diesen Blättern (1888, Nr. 40) angezeigt und heute bereits liegt eine zweite Auflage desselben vor. Obwohl der Umstand, dass die Pathologie und Therapie der Erkrankungen des Magens zur Zeit im Vordergrunde des medicinischen Interesses stehen — man könnte fast sagen: Mode geworden sind — einer umfassenden Darstellung derselben von vornherein einen günstigen Boden bereitete, so kann der so ungewöhnliche Erfolg des Buches doch nur inneren Eigenschaften desselben zuzuschreiben sein. In der That entspricht die Aufnahme, die das ärztliche Publicum dem Buche bereitete, auch nur der Prognose, die die Kritik demselben gestellt hatte. Eingreifende Aenderungen des Inhalts sind seit der ersten Auflage nicht nöthig geworden, doch sind die neuesten einschlägigen Arbeiten, soweit es für die Zwecke des Buches in Betracht kam, sorgfältig verwerthet. Die hiedurch veranlassten Einschaltungen betreffen hauptsächlich das Capitel der chemischen Untersuchungsmethoden und der Atrophie der Magenschleimhaut, letztere unter Beifügung neuer Holzschnitte. Es kann demnach auch der neuen Auflage ein sicherer Erfolg in Aussicht gestellt werden.

F. Beetz: Schematismus der Civil- und Militärärzte, der medicinischen Behörden und Unterrichtsanstalten im Königreich Bayern. Nach amtlichen Quellen. XII. Jahrgang, 1889. München, Verlag von M. Rieger.

Der neue Jahrgang des Schematis der bayerischen Aerzte

unterscheidet sich von seinen Vorgängern durch einige wichtige Erweiterungen, indem Verzeichnisse der Amtsärzte, der Bahnärzte, sowie der für den Staatsdienst geprüften Aerzte neu aufgenommen wurden. Namentlich das letztere Verzeichniss wird mit Dank begrüsst werden, entspricht dasselbe doch dem so oft hervorgetretenen Wunsche nach Herstellung einer Anciennitätsliste. Der neue Jahrgang ist wiederum mit anerkennenswerther Sorgfalt bearbeitet, wenn auch die, bei einem derartigen Werke allerdings sehr schwer zu erzielende vollständige Correctheit noch nicht erreicht ist. Die Statistik des ärztlichen Personals in Bayern betreffend, entnehmen wir dem Schematismus, dass die Zahl der Aerzte im vergangenen Jahre von 1885 auf 1955 also um 70 gestiegen ist; die Bezirksärzte I. Cl. wurden um 2, die bezirksärztlichen Stellvertreter um 2, die Bahnärzte um 8 vermehrt; nur die Zahl der Zahnärzte zeigt, wie auch schon im vorausgehenden Jahre, eine geringe Abnahme.

Vereinswesen.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung am 8. Mai 1889.

Vorsitzender: Herr Virchow.

Herr **Ewald** (vor der Tagesordnung) stellt das Präparat eines Unicums vor, eines Oesophagus mit Carcinom, bei dem sich ein grosses Divertikel unterhalb der Stenose fand. Die Wandung war hier durch Schwund der Schleimhaut und Atrophie der Musculatur sehr verdünnt; den Mechanismus der Entstehung erklärt Ewald so, dass eine Stauung der Ingesta im unteren Teil des Oesophagus stattgefunden habe, da die geschwächte Musculatur nicht die Kraft hatte, denjenigen Theil der Speisen schnell weiter zu befördern, welcher physiologisch eine gewisse Zeit vor der Cardia liegen bleibt.

2) ein Präparat eines Pflanzenrestes, welcher lange Zeit im Magen verweilt hatte und zu schweren Gastralgien und Blutungen Veranlassung gab.

Herr Virchow erklärt das Präparat für einen Apfelsinenrest, der wohl in einem Divertikel gelegen habe, wie das auch bei dem sogenannten Darminfarcten angenommen werden müsse.

Hierauf wird die Discussion eröffnet über den Vortrag des Herrn **Moll: Ueber die therapeutische Verwendung des Hypnotismus.**

Herr Mendel hält die Frage für abgeschlossen, einer weiteren Prüfung nicht bedürftig. Er fasst die Indication für die Suggestivtherapie sehr viel enger, und zwar erstens aus der theoretischen Betrachtung, dass die Hypnose einen krankhaften Zustand der grauen Hirnrinde voraussetzt, welcher sich bekanntlich noch spät in Reizungserscheinungen äussern könne, zweitens weil thatsächlich als Folge von Hypnosen der Ausbruch von hystero-epileptischen Krämpfen und anderer Schädlichkeiten beobachtet sei. Dann sei eine neue Krankheit, die Hypnosensucht ähnlich der Morphiomanie, entstanden.

Herrn Moll's meiste Fälle und glänzendste Erfolge betrafen Hysterische, die er bei seinem ersten Vortrage hier ausgeschlossen wissen wollte. Mendel ist überzeugt und hat selbst Fälle behandelt, dass in einzelnen Fällen die Suggestivtherapie glänzende Resultate ergibt, aber die Recidive sind ausserordentlich häufig, und dann versagt die Suggestion sehr oft.

Charcot, dem wir eigentlich diese neue Aera der Hypnose verdanken, steht – Mendel verliest einen Bericht aus Paris darüber — der Suggestiotherapie äusserst skeptisch gegenüber. Das Mittel ist unter gewissen Umständen als ultimum refugium zuzulassen; aber gegen seine Anwendung gegen Kopf- und Menstruationsschmerzen sei zu protestiren. Da helfen Grützumschläge viel sicherer.

Herr Sperling steht der Suggestivtherapie nicht so skeptisch gegenüber. Er bestätigt Herrn Moll's Angabe, dass Hysterie mit schnellem Symptomenwechsel ein undankbares Feld für die Hypnose sei. Die Aussichten auf wirkliche Heilung sind nicht gar so gering. Ein junger Kaufmann, welcher an hysteroepileptischen Krämpfen litt, ist durch Hypnose seit 2 Jahren so weit hergestellt, dass er täglich 10 Stunden angestrengt arbeiten kann. Natürlich wird man alle anderen kräftigenden Massnahmen zu Hilfe ziehen.

Wenn Mendel die Indicationen auf die Hysterie beschränken will, so hat er in einem Fall von traumatischer Neurose, wo die Section Fettherz und Arteriosclerose ergab, und in einem Falle von multipler Sclerose durch die Suggestivtherapie sehr wesentliche Besserung sämmtlicher Beschwerden, sowie der Bewegungsstörungen erreicht; ebenso bei einem Hemiplegischen; das beweist, dass bei solchen organischen Affectionen der Centralorgane nur ein kleiner Theil der Lähmungen wirkliche Herderscheinungen, die anderen Fernwirkungen sind, die sich durch die Suggestion und andere Mittel allmählich eliminiren lassen.

Wissen wir denn überhaupt, wo der Schmerz eigentlich sitzt, ob er nicht ein rein psychisches Symptom ist? Alle schmerzstillenden Mittel sind empirisch acceptirt und dann erst theoretisch geprüft worden; dasselbe sollte von der Hypnose gelten.

Was die Schädlichkeit der Hypnose anlangt, hat Mendel dieselbe übertrieben. Die Nancyer Methode, durch Suggestion zu hypnotisiren, ist sehr viel milder, wie die ursprüngliche Methode durch Fixation. Sperling hat nur einmal unangenehme Nebenwirkungen gesehen, einen hysteroepileptischen Anfall. Er kümmerte sich nicht darum, und es gelang ihm die Krankheit fast völlig zu heilen.

Herr Moll kann mit Herrn Mendel schlecht über Hypnose discutiren, weil derselbe mit ihm in der Definition nicht einig ist, wie aus seinem Aufsatze über den Gegenstand hervorgeht. Was er für charakteristisch ausgibt, kommt bei der Hypnose, wie sie Moll auffasst, überhaupt niemals vor. Erfahrungen sind noch nicht genug gesammelt, z. B. fehlen noch Versuche an Trunksüchtigen, welche in England mit Erfolg angestellt worden sind. Den Befürchtungen Mendel's über die Schädlichkeit hält er Rust's Wort entgegen: »Was niemals schaden kann, kann auch niemals nützen«. Dasselbe gilt für alle Medicamente und Heilmethoden.

Mendel hält die Hypnose für eine krankhafte Reizung der grauen Rinde; aber alle Erscheinungen derselben kommen im Schlafe vor; dann ist also der Schlaf auch ein krankhafter Zustand.

Was die Recidive anlangt, so weist eine Arbeit Sperling's nach, dass dieselben bei der Hypnose weniger häufig sind, als bei anderen Methoden.

Das allgemein Wichtige ist das, dass die Suggestion Alles, die Hypnose nur ein Mittel ist, dass die erstere überall im wachen Leben anzutreffen ist, und ihre Wirkungen entfaltet. Sicherlich ist ein grosser Teil der medicamentösen Therapie auf Suggestion zurückzuführen.

Naturhistorisch-medicinischer Verein zu Heidelberg.

Sitzung der medicinischen Section am 12. Februar 1889.

(Nach dem officiellen Protokoll.)

Prof. **Erb:** Krankenvorstellung: **Merkwürdige Reflexneurose.**

44jähriger Mann, der seit 8—9 Jahren an einem höchst sonderbaren reflectorischen Krampfzustand, hauptsächlich im Respirationsapparat leidet, wegen dessen er an den verschiedensten Kliniken schon beobachtet und behandelt worden ist. Auf alle möglichen sensiblen, optischen und acustischen Eindrücke, wenn dieselben plötzlich erfolgen (plötzliches Berühren und Drücken der Haut, besonders am Bauch, rasche Annäherung der Hand an die Augen, auf Händeklatschen, Ertönen einer Klingel, Hinfallen eines Gegenstandes, Peitschenknall auf der Strasse — kurz, auf jedes unerwartete, ganz mässige Geräusch), tritt der Krampf ein: der Kranke macht eine stossende, zuckende Bewegung mit beiden Beinen, fährt plötzlich in die Höhe und bekommt sofort einen höchst auffallenden Respirationskrampf, welcher in einer Reihe sich rasch folgender lauter Exspirationen (durch die Nase) besteht, während der schnauzenartig vorgestreckte Mund bei jeder Exspiration geschlossen, bei jeder Inspiration mit schmatzendem Geräusch geöffnet wird. Dabei das

Bild einer angestrengten respiratorischen Bewegung an Brust und Bauch. Die Respirationen folgen sich anfangs sehr rasch, ihre Frequenz und Tiefe nehmen, wenn kein neuer Reiz erfolgt, allmählich ab bis zum Verschwinden, können aber durch jeden neuen Reiz wieder gesteigert und der Krampf dadurch beliebig lange Zeit verlängert werden. Das Ganze gewährt einen höchst sonderbaren Anblick. — Im Uebrigen bietet der Kranke, abgesehen von einem etwas steifen, an den atactischen erinnernden Gang und einer seit einigen Jahren eingetretenen Impotenz, so gut wie nichts Abnormes: Sehen, Pupillen, Hautsensibilität, Geruch und Geschmack, Muskelsinn sind vollständig normal. Die Hörschärfe ist gut, eher etwas vermindert, und es findet sich beiderseits eine mässige galvanische Hyperästhesie der Acustici mit paradoxer Reaction. Motilität allenthalben normal, Haut- und Sehnenreflexe erhalten und nicht gesteigert, Blase und Mastdarm etc. normal. Das Diaphragma zeigt normale respiratorische Bewegungen. Alle inneren Organe, auch der Kehlkopf und Rachen sind normal. Eigentlich hysterische Erscheinungen fehlen.

Ausser dem Gehörapparat sind es besonders die Haut des Bauches, die Fusssohlen, die Oberschenkel und besonders die Genitalregion, von welchen der Krampf am leichtesten ausgelöst werden kann.

Vorbehaltlich etwaiger weiterer Untersuchungsergebnisse bezeichnet der Vortragende das Leiden als eine functionelle Neurose, der Hysterie wohl verwandt, bestehend in einem durch Reflexkrampf in gewissen Oberschenkelmuskeln eingeleiteten wesentlich exspiratorischen Krampf, verbunden mit ungewöhnlichen Bewegungen des Mundes und der Lippen. Das Ganze mag beruhen auf einer isolirten Steigerung der Erregbarkeit in gewissen (respiratorischen) Centren der Oblongata bezw. auch des Rücken-(Lenden-)Markes.

Aus der Entstehungsweise und dem bisherigen Verlauf des Leidens liessen sich bestimmte Anhaltspunkte für die genauere Pathogenese desselben nicht gewinnen. Alle Behandlungsversuche sind bisher fruchtlos gewesen. Dr. Fleiner.

Gynäkologische Gesellschaft zu München.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung am 16. November 1888.

Vorsitzender: Herr Geheimrath Winckel. Schriftführer: Herr Dr. Issmer.

Herr Dr. **Eisenhart** hält seinen angekündigten Vortrag: **Ueber die seit dem Jahre 1884 in der Universitäts-Frauenklinik beobachteten Erkrankungen der äusseren Genitalien.**

Es wurden unter 4000 Geburten und 658 Kranken der gynäkologischen Abtheilung von Neubildungen der Vulva zunächst 24 mal spitze Condylome beobachtet und zwar in 20 Fällen allein bei Schwangeren und Kreissenden; besonders prädisponirt erschienen Primiparae (18). Die 5 Fälle von Elephantiasis vulvae vertheilten sich auf 4 ledige und eine verheirathete Frau, wovon drei im Alter von 20 – 30 Jahr. Nur 1 Patientin war früher luetisch gewesen. In 3 Fällen liess sich die Entstehung, bezw. Zunahme der Neubildung auf Gravidität und Puerperium zurückführen. Der Hauptsitz bezw. Entstehungsort der Wucherung waren 2 mal die grossen, 2 mal die kleinen Schamlippen, 1 mal die Clitoris; in 2 Fällen war auch der Damm ergriffen. Bei 3 Patienten fand sich inguinale Lymphdrüsenschwellung. — Die Neubildung wurde bei allen Kranken theils mit der Scheere, theils mit dem Thermocauter entfernt, die geschaffenen Wundflächen wenn nöthig durch Naht vereinigt — 1 mal wurde ein Recidiv beobachtet. — Der Lupus vulvae kam in 2 Fällen vor bei einer 29 und 66jährigen Frau; bei der ersteren handelte es sich um syphilitsiche, bei der letzteren um exulcerirende Form, wodurch die linke kleine Labie schon fast vollständig zerstört war. Die Neubildung wurde, soweit möglich, mit dem Thermocauter entfernt. — Von den bösartigen Geschwülsten sind 2 primäre Carcinome der Vulva zu nennen. Das eine betraf eine 39jährige Frau, Mutter von 11 Kindern, wovon 10 ausgetragen, 7 am Leben, 1 durch Zange entbunden. Der Beginn des Leidens fällt in das 36. Lebensjahr. Das rasche Wachsthum in die letzten 3 Monate; beide kleine Labien, die Clitoris und das rechte grosse Labium waren ergriffen. Inguinale Lymphdrüsen nicht geschwellt. Entfernung mit Messer und Scheere, Naht. Grösstentheils Heilung per primam. (27. II. 85.) Seitdem nicht wieder vorgestellt. — Die andere Patientin war 48 Jahre, Mutter von 3 Kindern; es handelte sich um scirrhöse Form; beide grossen und kleinen Schamlippen und das untere Drittel der Scheide waren ergriffen; Operation war nicht mehr möglich. Cocainbepinselungen (2 — 5 Proc.) wirkten vorübergehend gut. — Von Hernien der Vulva wurden 3 Fälle von H. labial. ant. beobachtet; in einem bildeten Darmschlingen, im zweiten das r. Ovarium, im driten das rechte schwangere Horn eines Uterus bicornis den Bruchinhalt. Letzter Fall ist beschrieben im Archiv f. Gyn. XXIV. Bd. S. 439. Die Frau mit dem Ovarialbruch hatte denselben mit 36 Jahren nach der VIII. Gravidität acquirirt; zur Zeit der Menses liess sich eine Grössenzunahme des Organs constatiren; der Bruch war nicht reponibel. — Von Exanthemen der Vulva kamen die Vulvitis mycotica herpes und miliaria, von Bartholinitis 5 Fälle (3 mal links, 2 mal rechts) zur Beobachtung. — Die zahlreichen Fälle von Dammrissen übergehend ist eine Continuitätstrennung der äusseren Genitalien zu erwähnen, die ein 25jähriges Mädchen betraf, das bei einem gewaltsamen Ueberfall von hinten eine Verletzung des Damms mit Durchtrennung des Sphincter ani (mit consecutiver Incontinentia alvi) erlitt; dieselbe wurde operativ wieder vollständig hergestellt. Von den Erkrankungen der Harnröhrenmündung ist ein taubeneigrosses Myom, ausgehend vom Septum urethro-vagin., das excidirt wurde, ein Angiom (écrasement) und 2 Fälle von Incontinentia urinae zu erwähnen, die beide durch Excision eines keilförmigen Stücks Urethra und Vernähung der Wundränder geheilt wurden.

In der Discussion fragt Herr Gossmann an, ob bei den Schwangeren und Wöchneren, bei welchen spitze Condylome gefunden worden wären, der Nachweis von Gonococcen geliefert wurde, indem die Frage, ob spitze Condylome lediglich eine Begleiterscheinung von Gonorhoe darstellen noch nicht entschieden sei.

Herr Winckel erwähnt, dass die Mehrzahl der beobachteten Fälle Wöchnerinnen betreffe, bei welchen der Nachweis der Gonococcen sehwierig sei, ausserdem müsse festgehalten werden, dass die momentane Abwesenheit von Gonococcen nicht die Abwesenheit einer gonorrhoischen Infection beweise, da in gewissen Stadien die Coccen offenbar nicht nachweisbar seien.

Herr Stumpf erwähnt eine Arbeit von Steinschneider, in welcher nachgewiesen wird, dass die Gonorrhoe eine von unten beginnende, nach oben fortschreitende Infection darstelle, indem in den frischen Fällen von Gonorrhoe die Gonococcen nur in den unteren Theilen nachgewiesen sind, während sie in den älteren Fällen nur mehr in Cervix und Uterus gefunden werden zu einer Zeit, in welcher sie in Urethra und Vulva nicht mehr nachgewiesen werden können.

(Schluss folgt.)

Aerztlicher Localverein Nürnberg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 7. März 1889.

Vorsitzender: Herr Dr. Gottlieb Merkel.

1) Herr Dr. **Schuh** hält einen grösseren Vortrag über Ptomaïne und Immunität. (Derselbe eignet sich nicht zum kurzen Referate.)

2) Herr Dr. **W. Beckh** theilt einen Fall von ausgedehntem Hautemphysem bei einem Knaben mit, das sich über Brust und Unterleib erstreckte; der Knabe hatte vorher heftige kolikähnliche Anfälle gehabt. Die Genese des Emphysems ist nicht aufgeklärt. Der Fall verlief günstig.

Sitzung vom 21. März 1889.

1) Herr Dr. **Cnopf: Ueber Pericarditis im Kindesalter.** (Der Vortrag erscheint ausführlich an anderer Stelle der vorliegenden Nummer dieser Wochenschrift.)

2) Herr Dr. **Schuh** theilt mit, dass er aus dem Rücken eines etwa 30jährigen Mannes eine abgebrochene Taschenmesserklinge entfernt habe, welche vor 3 Jahren bei einer Stichverletzung in die Brust gedrungen und nach hinten gewandert sei. Das Klingenstück ist 5 cm lang.

3) Dr. **Goldschmidt: Bakteriologische Untersuchung eines Falles von Tetanus traumaticus.**

Vortragender berichtet über die Resultate, welche er bei der Untersuchung eines Falles von Tetanus traumaticus beim Menschen neuerdings erzielt hat. Der Fall betrifft einen 20jähr. Taglöhner, der 14 Tage lang auf einem Heuboden in Häckseln übernachtet und dabei sich beide Füsse erfroren hatte; schon zwei Tage vor seiner Aufnahme in das Krankenhaus war er steif geworden und bei seiner Aufnahme bot er das exquisite Bild des traumatischen Tetanus; als Infectionsherd mussten die gangränösen Zehen des rechten Fusses angesehen werden. Schon einen Tag nach seiner Aufnahme starb Patient unter den Erscheinungen heftigsten Tetanus. Vortragender hatte Gelegenheit, noch intra vitam Blut aus der Fingerbeere zu entnehmen, doch gelang es ihm, im Gegensatz zu Hochsinger nicht, in demselben weder mikroskopisch noch durch das Kulturverfahren die Tetanusbacillen nachzuweisen; dieser Nachweis gelang jedoch in vollkommener Weise bei der Untersuchung des Eiters, der sich an den gangränösen Fusszehen entwickelt hatte; es fanden sich die bekannten stecknadel- oder borstenförmigen Bacillen inmitten zahlreicher anderer Mikroorganismen, unter denen hauptsächlich eine Diplococcen- und eine feine Stäbchenform vertreten waren. Verimpfung von etwa hirsekorngrossen Gewebsstückchen, die nahe an der Demarkationsgrenze entnommen wurden, auf weisse Mäuse hatte zur Folge, dass diese nach 2—3 Tagen an typischem Impftetanus zu Grunde gingen; in dem Eiter, der an der Impfstelle sich gebildet hatte, wurden die Tetanusbacillen neben den obenerwähnten anderen Mikroorganismen gleichfalls nachgewiesen; die inneren Organe waren frei von Mikroben jeglicher Art.

Vortragender bespricht dann noch die Arbeiten von Nikolaier, Rosenbach, Ohlmüller und Goldschmidt, Bonome, Giordano, Hochsinger, Beumer u. A., die es wahrscheinlich machen, dass die Tetanusbacillen in ursächlichem Zusammenhang stehen zum Tetanus des Menschen. Ob dieselben die einzigen Erreger dieser Krankheit sind, ist bis jetzt nicht mit Bestimmtheit zu sagen, wenigstens sprechen Untersuchungen anderer Forscher dafür, dass auch andere Mikroben vielleicht im Stande sein können, ein dem Tetanus vollständig gleiches Bild beim Menschen und bei geeigneten Versuchsthieren hervorzurufen. So spricht Ferrari einen Staphylococcus als den Tetanuserreger an, es haben ferner Belfanti und Pescarolo (Turin) einen pathogenen Bacillus gezüchtet, der von einer an Tetanus verstorbenen Frau gewonnen wurde und auf Thiere verimpft, diese unter vorwiegend paralytischen Erscheinungen tödtete. Endlich berichtet in neuester Zeit Widemann über einen Fall von Tetanus beim Menschen, der durch einen mit Erde stark verunreinigten Holzsplitter verursacht war; in dem Eiter der mit dem Holzsplitter inficirten und tetanisch zu Grunde gegangenen Mäuse fanden sich Coccen und kurze, dicke Bacillen, aber niemals die sogenannten Tetanusbacillen; hiezu bemerkt Flügge, dass er auch eine Erde beobachtet habe, deren Verimpfung bei Mäusen stets Tetanus verursachte, ohne dass im Eiter Tetanusbacillen vorhanden waren und umgekehrt hat Wyssokowitsch eine Erde gefunden, die nie Tetanus sondern nur Eiterung erzeugte und wo trotzdem in diesem Eiter stets eine grosse Menge von Bacillen mit Köpfchensporen nachweisbar waren.

(Demonstration von Eiter mit Tetanusbacillen.)

4) Herr Dr. **G. Merkel: Ueber Influenza.**

Anschliessend an eine Bemerkung des Herrn Dr. Beckh in voriger Sitzung, wonach er Fälle von schwerer Influenza beobachtet hatte, referirt Dr. Gottlieb Merkel über eine grosse Zahl von Fällen, welche im städtischen Krankenhause zur Beobachtung gekommen sind, die wohl der Influenza zugezählt werden müssen. Es sind dies Fälle von akutester katarrhalischer Pharyngitis ohne Tonsillenschwellung, nur mit leichter Röthung der Gaumensegelschleimhaut, aber sehr starker Schwellung und Röthung der hinteren Rachenwand. Wie zwei Hausinfectionen, welche an anderen Patienten im Krankenhause beobachtet wurden, ergaben, tritt unter schweren Allgemeinerscheinungen die Pharyngitis mit Temperatursteigerung auf, welche am ersten Abend 38,0° etwas übersteigt, am zweiten Tag bis auf 40,0° geht, um am dritten Tag wieder abzufallen, so dass Abends die Patienten meist schon wieder normal temperirt sind. Die Pharyngitis bildet sich langsam zurück, so dass die Patienten nach 8 Tagen genesen sind. Bronchialerscheinungen fehlen, Milzschwellung findet sich öfter, aber nicht regelmässig. Die Zahl der im Laufe der letzten 3 Wochen also Erkrankten war im Krankenhause eine sehr grosse.

5) Herr Dr. **Giulini** macht Mittheilung über das Ozonwasser des Dr. Lender in Berlin. Er liess sich davon (etwa 300 g zu 5 M.), veranlasst durch den Bericht des Dr. Jos. Schmidt in Aschaffenburg (Münchener medic. Wochenschrift Nr. 16, Jahrg. 1888) kommen, um damit Versuche bei einem Uteruscarcinom zu machen. Da die wiederholte Probe des Medicamentes mit Jodkalistärke eine blaue Färbung ergab, glaubte er wirklich Ozon vor sich zu haben, bis Herr Prof. Dr. Kämmerer dahier ihn darauf aufmerksam machte, dass man mit chlorsäurehaltigem Wasser dieselbe Reaction erhalte. Die chemische Untersuchung der Dr. Lender'schen concentrirten Lösung von Ozonsauerstoff in destillirtem Wasser (2,5 dg O_3 i. l.), welche dunkel und kalt aufbewahrt worden war, durch Hrn. Prof. Dr. Kämmerer ergab nun auch, dass das Ozonwasser eine Lösung von »unterchloriger Säure in Wasser« ist, die wahrscheinlich durch Destillation von Chlorkalk mit Borsäure dargestellt wurde. Ozon konnte nicht nachgewiesen werden. Es sind daher die Erfolge des Hrn. Dr. Schmidt auf Rechnung der unterchlorigen Säure zu setzen. In dem Versuchs-Falle konnte bis jetzt durch die interparenchymatösen Injectionen eine bemerkenswerthe Besserung noch nicht festgestellt werden.

III. Versammlung russischer Aerzte zu Petersburg.

Vom 4.(16.) — 11.(23.) Januar 1889.

Referat nach dem Tagebuch der Versammlung von Dr. N. Leinenberg-Odessa.

Section für Anatomie, Histologie und Physiologie.

Herr **Kultschitzky: Ueber neue Färbungsmethoden mit Hämatoxilin.**

Kultschitzky hat bei seinen Untersuchungen eine Lösung von Hämatoxilin in borsaurem Natron angewandt, wobei er zur Anfertigung der Lösung in folgender Weise verfuhr: 2 Gramm einer gesättigten wässerigen Lösung von borsaurem Natron wurden mit 10—20 Theilen destillirtem Wasser gemischt, und zu dieser Mischung wurde eine Lösung von Hämatoxilin in Spiritus zugegossen. Auf diese Weise bekam Kultschitzky ein energisches Färbungsmittel (blau), in welchem jedoch das Präparat nicht lange verweilen darf. Bleibt das Präparat (Schnitt eines Kleinhirns) in borhaltigem Hämatoxilin 24 Stunden liegen, so wird es ganz schwarz und zur Untersuchung unbrauchbar; die Farbe kann dann weder mit Spiritus noch mit Wasser ausgewaschen werden. Wenn jedoch das Präparat in dieser Färbungsflüssigkeit einige (6—7) Stunden liegen bleibt, so kann dann das Hämatoxilin mit Spiritus abgewaschen werden, besonders wenn letzterem etwas Essigsäure hinzugefügt wird. Man bekommt dann ein ausserordentlich interessantes Bild. Die Nervenzellen mit ihren Ausläufern werden bis auf die feinsten Verzweigungen dunkelroth gefärbt, während die markhaltigen Nervenfasern ebenfalls bis auf die feinsten Verzweigungen die blaue Farbe behalten. Die Methode Kultschitzky's erlaubt also mittelst einer und derselben Substanz ein Präparat doppelt zu färben.

Herr **Glowetzky: Der Einfluss der Massage der Bauchgegend auf Circulation und Athmung.**

Der Blutdruck (bei Hunden und Menschen), sowie der intracranielle Druck werden bei Massage der Bauchgegend erhöht. Wenn auch der Blutdruck mit dem Aufhören der Massage ge-

ringer wird, so bleibt er immerhin auch während der nachfolgenden Periode gesteigert. Der Puls (bei Menschen) wird zuerst häufiger, dann langsamer; zu Anfang des Massageversuchs ist er klein, zum Schlusse jedoch wird er immer voll. Beobachtungen über die Athmung (bei Menschen) mittelst des Mareyschen Pneumographen ergaben kein constantes Resultat. Die Massage der Bauchgegend soll nach Glowetzky eine ausserordentlich günstige Wirkung auf die Herzthätigkeit in Fällen einer künstlichen Asphyxie bei Hunden ausüben.

(Fortsetzung folgt.)

Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege.

XV. Versammlung zu Strassburg i./E.
vom 14.—17. September 1889.

Tagesordnung:

Samstag, den 14. September. I. Die hygienischen Verhältnisse in Elsass-Lothringen. Referent: Geh. Medicinal-Rath Dr. Krieger (Strassburg i./E.). II. Maassregeln zur Erreichung gesunden Wohnens. Bericht der auf der letzten Versammlung erwählten Commission. Die Verhandlung eingeleitet durch die Referenten: Oberbürgermeister Dr. Miquel (Frankfurt a. M.), Oberbaurath Prof. Baumeister (Karlsruhe).

Sonntag, den 15. September. Ausflug nach dem Odilienberg oder nach der Hohkönigsburg bei Schlettstadt oder nach dem Hohbarr bei Zabern. Auch ist eine Besichtigung der Illhochwasserableitung bei Erstein in Aussicht genommen.

Montag, den 16. September. III. Anstalten zur Fürsorge für Genesende. Referenten: Geheimrath Prof. Dr. v. Ziemssen (München), Bürgermeister Back (Strassburg i./E.) IV. Maassregeln zur Bekämpfung der Schwindsucht. Referent: Prof. Dr. Heller (Kiel).

Dienstag, den 17. September. V. Eisenbahnhygiene in Bezug auf die Reisenden. Referenten: Eisenbahndirector Wichert (Berlin). Prof. Dr. Löffler (Greifswald).

Frankfurt a. M., Mai 1889.

Der ständige Secretär: Dr. Alexander Spiess.

Verschiedenes.

(Ueber die Bestrebungen zur Errichtung von Trinkerheilanstalten) gab in der jüngst stattgefundenen Versammlung des Berliner Zweigvereins des deutschen Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke Pastor Reiche folgende Uebersicht: In Amerika wurden bisher etwa 50 derartige Anstalten gegründet, von denen jedoch 20 wieder eingegangen oder in Irrenhäuser oder Wasserheilanstalten umgewandelt sind. Die privaten Anstalten haben mehr Zuspruch, als die staatlichen, weil die freiwillig Heilung Suchenden ein Zusammenkommen mit den „gesetzlichen Trunkenbolden" gern vermeiden. Geheilt wurden in den amerikanischen Asylen ca 30—33 Proc. — In England bestehen 17 Asyle. — Holland kennt die Asyle nicht, sondern bestraft Trunkenbolde mit Gefängniss oder Arbeitshaus. — In Oesterreich hat man sich warm für Asyle ausgesprochen, aber bisher bestehen dort noch keine. — In der Schweiz und in Schweden sind je 2 Anstalten vorhanden, 1 in Norwegen gegründete ist wieder eingegangen. — In Deutschland hat man 1851 das erste Asyl in Lintorf bei Düsseldorf eröffnet, 1881 ist in Sophienhof bei Rostock eine zweite Anstalt hinzugekommen, dann folgten Asyle in Schlesien, in Schleswig und in Friedrichshütte; auch eine Anstalt bei Bremerhaven nimmt Trinker auf. Im August d. J. soll auch für die Mark in Guben ein für 25—30 Kranke berechnetes Asyl eröffnet werden. — Die Erfahrungen haben im Allgemeinen gelehrt, dass diejenigen Trinker am Leichtesten zu heilen sind, welche erst in späteren Jahren der Trunksucht verfallen. — In der vom österr. Reichsrathe veranstalteten Enquête über das Gesetz zur Verhütung der Trunkenheit erklärte Reg.-Rath Dr. M. Gauster die Annahme einer Bestimmung als unerlässlich nothwendig, nach welcher Gewohnheitstrinker, die mehrfach mit dem Strafgesetz und der öffentlichen Ordnung in Conflict kommen und durch Sachverständige als gemeingefährlich erklärt werden, eine bestimmte Zeit zwangsweise in einer Anstalt für Trinker gehalten werden können, in welcher ihr Nervensystem bei Arbeit und voller Enthaltsamkeit von geistigen Getränken sich allmählig wieder von der Vergiftung durch Alkohol erholen kann.

Therapeutische Notizen

(Anwendung von Chromsäurelösungen gegen Fussschweisse.) Auf Grund der günstigen Erfolge, welche von privatärztlicher Seite mit Pinselungen von 5- bezw. 10proc. Chromsäurelösung bei Fussschweissen erzielt sind, und bei der grossen Wichtigkeit, welche der Heilung und Besserung von Fussschweissen auf die Marschfähigkeit eines Theiles der Mannschaften des Heeres zuzumessen ist, wurden ähnliche Versuche im Jahre 1888 durch die Medicinal-Abtheilung des preussischen Kriegsministeriums angeordnet. Auf Grund dessen wurden seitdem mehr als 18000 an Fussschweissen leidende Mannschaften mit Chromsäurelösung behandelt, worüber in Nr. 5 der D. militärärztlichen Zeitschrift berichtet wird.

Die Application erfolgt am besten durch Auftragen einer 5 proc. Lösung mittels eines Haarpinsels; ein Fussbad hat vorauszugehen und geschieht die Pinselung erst, nachdem der Fuss vollständig trocken gerieben ist. Nachdem die Säure sich vollständig mit dem Fuss verbunden hat, wird derselbe bekleidet. Die Wirkung der Säure besteht zunächst darin, dass die Haut trocken, derber, und widerstandsfähiger wird. Die feuchten, vorher gerötheten Hautstellen erhalten meist ein trockenes, glattes Aussehen. Regelmässig wird hervorgehoben, wie der so unangenehme, durch Zersetzung der Schweissflüssigkeit bedingte Geruch sehr bald nach Anwendung der Chromsäurelösungen verschwand. In vielen Fällen genügte bereits eine einmalige, in den meisten eine 2—3 malige Bestreichung mit dem Mittel, um anhaltende Besserung oder auch Heilung des Leidens zu erzielen. In der Regel musste, wo eine Wiederholung der Anwendung der Säure sich als nothwendig herausstellte, dieselbe nach 8—14 Tagen vorgenommen werden, nachdem die gehärtete Oberhaut sich abgestossen hatte. Jede der ersten folgende Pinselung liess meist einen immer länger vorhaltenden Erfolg erkennen. Besonders aber muss hervorgehoben werden, dass sofort nach den Einpinselungen die Marschtüchtigkeit der mit Schweissfüssen behafteten Leute bedeutend gebessert wurde. Ein Theil der behandelten Mannschaften soll die Marschleistungen der grossen Herbstübungen nur durch die vorhergegangene Behandlung ihrer Schweissfüsse mit Chromsäurelösungen ohne Störungen auszuhalten vermocht haben. Gewöhnlich sah man von dem Gebrauch der 10proc. Säure keinen grösseren Erfolg, wie von den schwächeren, 5 proc. Lösungen. Das Gesammtresultat stellte sich derart, dass 42 Proc. der Behandelten als geheilt, 50 Proc. als gebessert, 8 Proc. als ungeheilt anzusehen sind. Unbedeutende Nebenwirkungen (Wundwerden, Blasenbildung, Ekzeme etc.) zeigten sich in etwa 0,75 Proc. der Fälle, meist nach dem Gebrauche stärkerer Lösungen.

Die Ergebnisse der Versuche werden l. c. folgendermaassen zusammengefasst: 1) Die Chromsäure ist nach den aus den Berichten hervorgehenden Ansichten des weitaus grössten Theils der Militärärzte das am schnellsten wirkende Mittel gegen Fussschweisse oder den Salicylpräparaten mindestens gleichwerthig. Ihre Anwendung vermochte in der That in geeigneten Fällen die Marschtüchtigkeit der an Schweissfuss Leidenden bedeutend zu erhöhen. 2) Das Mittel ist leicht anzuwenden, es ist billig und das reinlichste Fussschweissheilmittel. 3) Es ist als unschädlich zu bezeichnen, wenn es in richtiger Menge und Stärke als Lösung des chemisch reinen Präparates zur Anwendung kommt. Es sollte stets mit den schwächeren Lösungen angefangen werden und erst, wenn diese versagen aber vertragen werden, zu den stärkeren übergegangen werden. 4) Die Anwendung der Chromsäure soll, soweit irgend möglich, durch die Aerzte selbst, bezw. unter steter ärztlicher Ueberwachung durch geübte Lazarethgehülfen vorgenommen werden. 5) An Schweissfuss leidende Leute mit Wunden an den Füssen sind erst nach Heilung der Wunden mit Chromsäurelösung zu behandeln. 6) Am zweckmässigsten erscheint es, das Einpinseln der Lösung auf die sauber gebadeten und dann gut getrockneten Füsse einige Zeit vor dem Schlafengehen der Mannschaften und die etwa erforderliche Wiederholung nach 8—14 Tagen vorzunehmen.

(Zur Behandlung der Caries auf nicht operativem Wege.) Anfragen zu begegnen, erlaube ich mir mitzutheilen, dass ich bei Behandlung der Periostitis und Caries auf nicht operativem Wege, wie ich diese in meiner bei L. Heuser Neuwied-Berlin erschienenen Broschüre (Ref. in Nr. 12 d. W.) angegeben habe, den von Louis Duvernoy in Stuttgart bezogenen Sapo Kalin. venat. transparente (superfeinste Oelseife) ausschliesslich benütze.

Bezirksarzt Dr. Kollmann.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 21. Mai. Eine sehr beachtenswerthe Anregung bringen die »Blätter für das bayerische Realschulwesen«, indem sie die Bereitstellung einer Decimalwage in jeder Turnhalle empfehlen, um von Zeit zu Zeit Wägungen der Schüler vornehmen zu können. Solche Wägungen, regelmässig, vielleicht alle Vierteljahre, ausgeführt und

sorgfältig aufgezeichnet, wären, am besten in Verbindung mit systematischen Messungen der Körperlänge, die ebenfalls sehr leicht durchführbar wären, geeignet, sowohl werthvolles Material über das physiologische Wachsthum im jugendlichen Alter zu liefern, als auch unter Umständen auf bestehende Gesundheitsstörungen aufmerksam zu machen. Die von Schulkreisen ausgehende Anregung verdient daher entschieden auch von den Aerzten unterstützt zu werden.

— Eine auffallende und stetige Abnahme der Sterblichkeit an Phthise zeigt sich in den letzten 50 Jahren in England und Wales. Es starben daselbst jährlich an Phthise pro 1 Million Einwohner im Alter von 15—45 Jahren in dem Decennium 1851—60 3943 Personen, von 1861—70 3711 Personen, von 1871—80 3194 Personen und von 1881—87 2666 Personen. Es betrug demnach die Abnahme der Sterblichkeit an Phthise 6,9 Proc. in dem Decennium 1861—70 gegenüber dem vorausgehenden, 13,9 Proc. in dem Decennium 1871—80 und 16,5 Proc. in dem Zeitraum 1881—87 gegenüber dem je vorausgehenden Decennium. Diese Abnahme kommt in höherem Maasse dem weiblichen Geschlecht zu gute als dem männlichen. Von 1851—60 war das Verhältniss der Phthise-Todesfälle zwischen Männern und Weibern wie 100:114; 1861—70 wie 100:101; 1871—80 wie 100:90 und 1881—87 wie 100:89. Die Phthise-Sterblichkeit hat also in dem Zeitraum 1881—87 gegenüber demjenigen von 1851—60 um 24 Proc. bei Männern und um 40 Proc. bei Weibern abgenommen.

— Nachdem zufolge der Wehrgesetznovelle die österreichisch-ungarischen Militärärzte ein halbes Jahr rein militärischen Dienst leisten müssen, bevor sie den militärärztlichen Dienst beginnen, werden in Zukunft dieselben im Sinne eines Beschlusses des Reichs-Kriegsministeriums als Combattanten betrachtet, und werden daher alle Rechte und Ehren des Officiersstandes geniessen, womit ein alter Wunsch der Militärärzte in Erfüllung geht.

— Während der Pariser Weltausstellung werden in der französischen Metropole nicht weniger als 69 internationale Congresse tagen. Die Aerzte interessiren die folgenden: Congress zum Studium der Fragen, welche sich auf den Alcoholismus beziehen (29. bis 31. Juli); für öffentliche Gesundheitspflege (28. Juli bis 4. August); Chemie (29. Juli bis 3. August); Therapie (1.—5. August); Hygiene und Demographie (4.—11. August); Dermatologie und Syphilidologie (5.—10. August); physiologische Psychologie (5.—10. August); Psychiatrie (5.—10. August); criminelle Anthropologie (10.—17. August); Zahnheilkunde (1.—7. September); Laryngologie und Otologie (16.—21. September); Hydrologie und Klimatologie (3.—10. October).

— Der unter Leitung Wasserfuhr's stehende „Kameradschaftliche Verein der Reserveärzte Berlins" hat beschlossen, der Verein erwarte von seinen Mitgliedern, dass sie sich von den in Paris in diesem Jahre stattfindenden, vorstehend aufgeführten internationalen Congressen fernhalten würden. Die Berl. Klin. W. erwirbt sich ein Verdienst, indem sie mit scharfen Worten den diesem Beschlusse zu Grunde liegenden beschränkten Standpunct bekämpft.

(Universitäts-Nachrichten.) Freiburg i. B. Der I. Assistent der psychiatrischen Klinik, Dr. A. Cramer (unser geschätzter Mitarbeiter) wurde zum zweiten Arzt der Brandenburgischen Provincial-Irrenanstalt zu Eberswalde bei Berlin ernannt. — Giessen. Dr. P. Poppert habilitirte sich für Chirurgie. — Graz. Die in einigen Blättern enthaltene Nachricht, der Plan einer Berufung des Professors Krafft-Ebing nach Wien habe sich wieder zerschlagen, ist als unrichtig zu bezeichnen; noch im Laufe dieses Sommers dürfte seine Ernennung zum ordentlichen Professor der Psychiatrie und Nervenkrankheiten an der Wiener Universität erfolgen. — Greifswald. Es sind im jetzigen Sommersemester unter 892 Studirenden 423 Mediciner inscribirt, gegen 853 mit 401 Medicinern im vergangenen Wintersemester. — Leipzig. Dr. Heymann, früherer Assistent E. L. Wagner's, habilitirte sich als Docent für Kehlkopf- und Ohrenkrankheiten. — Warschau. Der bisherige ausserordentliche Professor der Pharmacologie, N. Menthien ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

Amtlicher Erlass.

(Die Verleihung medicinischer Reisestipendien für das Jahr 1889 betr.)

Kgl. Staatsministerium des Innern.

Unter Hinweis auf die Königliche Allerhöchste Verordnung vom 7. April 1838, die Verleihung der medicinischen Reisestipendien betreffend (Regierungsblatt Nr. 18) und auf die Bekanntmachung gleichen Betreffs, vom 2. August 1874 (Gesetz- und Verordnungs-Blatt Nr. 37) wird hiemit bekannt gegeben, dass die Gesuche um Verleihung medicinischer Reisestipendien für das Jahr 1889

bis längstens zum 15. September 1889

bei den einschlägigen k. Kreisregierungen, Kammern des Innern, einzureichen sind.

Diese Gesuche müssen belegt sein:

1. mit einem Zeugnisse über bestandene Approbationsprüfung nebst einem Nachweise über die hiebei erhaltene Note,
2. mit einem Zeugnisse über die Vermögensverhältnisse des Bittstellers und seiner Eltern, und
3. mit einem Leumundszeugnisse.

Die eingekommenen Gesuche sind von den k. Regierungen am 16. September l. Js. an das k. Staatsministerium des Innern einzubefördern.

Dabei wird bemerkt, dass die Stipendienreisen bis Ende des Jahres 1890 anzutreten sind, widrigenfalls der Einzug des allergnädigst verliehenen Stipendiums in Aussicht steht.

München, den 3. Mai 1889.

Frhr. v. Feilitzsch.

Der Generalsecretär
v. Nies,
Ministerialrath.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Ernennungen. Der praktische Arzt Dr. Georg Adam Engelhardt in Marktheidenfeld zum Bezirksarzt I. Cl. in Karlstadt und der praktische Arzt Dr. Joseph Sell in Euerdorf zum Bezirksarzte I. Cl. in Roding.

Enthebung. Der k. Professor der Hebammenschule Dr. Wilhelm Nieberding zu Würzburg wurde auf sein Ansuchen von der Function des I. Assistenten an der Kreis-Entbindungsanstalt zu Würzburg enthoben und diese Function dem Dr. med. Gustav Adolf Klein von Aesslach übertragen.

Auszeichnungen. Dem I. Vorsitzenden des Samaritervereines für chirurgisch-orthopädische Hilfe Dr. Franz Brunner, Oberarzt am städtischen Krankenhause München rechts der Isar und Stabsarzt der Landwehr wurde für seine aufopfernde Thätigkeit auf dem Gebiete des freiwilligen Gesundheitsdienstes die Allerhöchste Anerkennung Allerhuldvollst ausgesprochen. Dem o. ö. Professor der Pharmacie und derzeitigen Prorector der Universität Erlangen, Dr Hilger, wurde der Titel eines k. Hofrathes verliehen.

Wohnsitzverlegung. Dr. Gg. Lang von Remlingen unbekannt wohin.

Niederlassungen. Dr. Ferdinand Fuchs (approb. 1885) zu Remlingen, Bezirksamts Marktheidenfeld; August Petzold (approb. 1887) zu Marktheidenfeld; L. Badt in Ingenheim (Rheinpfalz).

Gestorben. Dr. Valentin Günther in Ingenheim (Rheinpfalz).

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 19. Jahreswoche vom 5. bis 11. Mai 1889.

Brechdurchfall 14 (8*), Cholera asiatica — (—), Diphtherie, Croup 57 (48), Erysipelas 18 (12), Intermittens, Neuralgia interm. 5 (4), Kindbettfieber 1 (2), Meningitis cerebrospin. — (1), Morbilli 131 (103), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 2 (7), Parotitis epidemica 8 (8), Pneumonia crouposa 13 (18), Pyaemie, Septicaemie 1 (—), Rheumatismus art. ac. 38 (29), Ruhr (dysenteria) — (1), Scarlatina 28 (24), Tussis convulsiva 13 (27), Typhus abdominalis 5 (4), Varicellen 17 (16), Variola, Variolois — (1). Summa 351 (313). Dr. Aub, k. Bezirksarzt.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 19. Jahreswoche vom 6. bis incl. 11. Mai 1889.

Bevölkerungszahl 281,000.

Zymotische Krankheiten: Pocken 1 (—*), Masern und Rötheln 3 (7), Scharlach 4 (2), Diphtherie und Croup 6 (10), Keuchhusten 3 (1), Unterleibstyphus — (—), Flecktyphus — (—), Asiatische Cholera — (—), Ruhr — (—), Kindbettfieber — (—), andere zymotische Krankheiten 1 (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 185 (162), der Tagesdurchschnitt 26.4 (23.1). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 34.2 (30.0), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 22.5 (19.3), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 18.1 (16.1).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Literatur.

(Der Redaction zur Recension eingegangen.)

Alexander, Syphilis und Auge. Wiesbaden 1889.

Credner, Bad Nauheim. Leipzig 1889.

Flechsig, Bäderlexikon. II. völlig umgearbeitete u. vermehrte Auflage. Leipzig 1889.

Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.